

UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ

MARIA FERNANDA MONTEIRO

A EVOCAÇÃO DE COMPORTAMENTOS CLINICAMENTE RELEVANTES COM O
USO DAS CARTAS *DIXIT*®

CURITIBA

2020

MARIA FERNANDA MONTEIRO

A EVOCAÇÃO DE COMPORTAMENTOS CLINICAMENTE RELEVANTES COM O
USO DAS CARTAS *DIXIT*®

Dissertação de Mestrado apresentada como requisito parcial à obtenção do grau de Mestre em Psicologia ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Setor de Ciências Humanas, Universidade Federal do Paraná.

Orientadora: Prof.^a Dra. Jocelaine Martins da Silveira

O presente trabalho foi realizado com apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoa de Nível Superior Brasil (CAPES)

CURITIBA

2020

FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELO SISTEMA DE BIBLIOTECAS/UFPR –
BIBLIOTECA DE CIÊNCIAS HUMANAS COM OS DADOS FORNECIDOS PELO AUTOR

Fernanda Emanoéla Nogueira – CRB 9/1607

Monteiro, Maria Fernanda

A evolução de comportamentos clinicamente relevantes com o uso das cartas *Dixit*®. / Maria Fernanda Monteiro. – Curitiba, 2020.

Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Setor de Ciências Humanas da Universidade Federal do Paraná.

Orientadora : Profª. Drª. Jocelaine Martins da Silveira

1. Psicoterapia - Metodologia. 2. Psicoterapia centrada no cliente.
3. Psicoterapeuta e paciente. 4. Jogos de carta. I. Silveira, Jocelaine Martins da. II. Título.

CDD – 616.8914



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
SETOR DE CIÊNCIAS HUMANAS
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO PSICOLOGIA -
40001016067P0

TERMO DE APROVAÇÃO

Os membros da Banca Examinadora designada pelo Colegiado do Programa de Pós-Graduação em PSICOLOGIA da Universidade Federal do Paraná foram convocados para realizar a arguição da dissertação de Mestrado de **MARIA FERNANDA MONTEIRO** intitulada: *The evocation of clinically relevant behaviors with Dixit® cards*, sob orientação da Profa. Dra. JOCELAINE MARTINS DA SILVEIRA, que após terem inquirido a aluna e realizada a avaliação do trabalho, são de parecer pela sua APROVAÇÃO no rito de defesa.

A outorga do título de mestre está sujeita à homologação pelo colegiado, ao atendimento de todas as indicações e correções solicitadas pela banca e ao pleno atendimento das demandas regimentais do Programa de Pós-Graduação.

CURITIBA, 29 de Abril de 2020.

Assinatura Eletrônica

30/04/2020 14:52:32.0

JOCELAINE MARTINS DA SILVEIRA

Presidente da Banca Examinadora (UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ)

Assinatura Eletrônica

07/05/2020 17:03:42.0

WILLIAM FOLLETTE

Avaliador Externo (UNIVERSITY OF NEVADA)

Assinatura Eletrônica

30/04/2020 15:02:36.0

CLAUDIA KAMI BASTOS OSHIRO

Avaliador Externo (UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO)

Praça Santos Andrade, 50, 2o andar - CURITIBA - Paraná - Brasil
CEP 80060-010 - Tel: (41) 3310-2644 - E-mail: pgpsicologia@ufpr.br

Documento assinado eletronicamente de acordo com o disposto na legislação federal Decreto 8539 de 08 de outubro de 2015.
Gerado e autenticado pelo SIGA-UFPR, com a seguinte identificação única: 40370

Para autenticar este documento/assinatura, acesse <https://www.prppg.ufpr.br/siga/visitante/autenticacaoassinaturas.jsp>
e insira o código 40370



UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ
Setor de Ciências Humanas
Programa de Pós-Graduação em Psicologia
MESTRADO EM PSICOLOGIA

DECLARAÇÃO

Declaro que a dissertação da aluna MARIA FERNANDA MONTEIRO sofreu a seguinte modificação: alteração de título, para "A EVOCAÇÃO DE COMPORTAMENTOS CLINICAMENTE RELEVANTES COM O USO DAS CARTAS *DIXIT*®". Informamos, ainda, que a alteração foi autorizada pelos membros da banca e pela orientadora, Prof^a Dr^a Jocelaine Martins da Silveira.

Atenciosamente,

Prof^a Dr^a Jocelaine Martins da Silveira
Orientadora

Agradecimentos

A **Deus**, Autor e Sustentador da vida, cuja presença e amor me conduziram por cada etapa desse Mestrado. Toda a gratidão e glória a Ele!

À **Marina**, minha irmã e minha metade. Sua chegada fez Curitiba se tornar lar. Obrigada por todo amor, compreensão e panelas de brigadeiro compartilhadas. Obrigada por enxergar o melhor em toda e qualquer situação. Te amo!

Aos meus pais, **Fernando** e **Laudicéa**. Vocês são minhas raízes, meus incentivadores e meu exemplo. Obrigada por terem me incentivado desde o início, quando o Mestrado ainda era uma possibilidade distante. Obrigada sonharem comigo sempre, e me permitirem sonhar com vocês também.

À minha orientadora, **Jocelaine**. Conhecer você e conviver contigo ao longo desses dois anos foi o maior presente desse Mestrado. Não tenho como agradecer o suficiente por toda sua paciência, disponibilidade e empatia. Você é o exemplo prático de consciência, coragem e amor!

Aos membros titulares e suplentes da banca, **Cláudia Oshiro**, **Ana Paula Viezzer Salvador**, **William Follette** e **Gabriel de Luca**. Me sinto honrada em apresentar meu trabalho a vocês, e muito grata pelas contribuições de cada um ao longo desse processo.

Às minhas amigas e colegas de mestrado, **Ana**, **Angélica**, **Elisa**, **Mariana**, **Maria Eduarda**, **Marjorie** e **Vitória**. Obrigada por cada conversa, café, idas ao cinema e trabalhos em parceria! O apoio e companhia de vocês foram essenciais para mim, dentro e fora da Universidade.

À **terapeuta** da pesquisa, cuja competência e carinho fizeram toda a diferença nesse estudo, e aos clientes **Alice** e **George**, que entraram nessa jornada com o coração aberto.

Aos **transcritores** e **categorizadores**, pelo interesse e capricho em cada detalhe do trabalho. Obrigada por permanecerem firmes até o final, desejo a vocês todo o sucesso do mundo!

Aos professores **Bruno Strapasson** e **Gabriel de Luca**, cujas aulas e generosas contribuições tornaram meu Mestrado ainda mais enriquecedor e com certeza se fazem presentes nas páginas desse estudo.

Às **famílias Villa Nova e Medeiros**, que me acolheram nos meus primeiros meses em Curitiba e me fizeram me sentir amada como filha e irmã. Conviver e aprender com vocês foi uma alegria!

Às minhas amigas **Amanda, Ana Flávia, Cheris, Heloisa, Geruza, Isabella, Maria Luiza, Martha e Nícia**, que se fizeram presentes mesmo à distância, me incentivando, orando comigo e por mim, e sendo amigas-irmãs em todo tempo. Amo cada uma de vocês.

Ao **Professor Paulo Guimarães**, do Laboratório de Estatística Aplicada da UFPR, que muito corajosamente aceitou o desafio de analisar os dados dessa pesquisa - e o fez de forma brilhante.

Aos queridos **Fátima Conte, Luís Antônio Lovo, Mariana Amaral e Priscilla Taccola**, a quem tenho o privilégio de chamar de colegas de profissão. A generosidade de vocês fez e continua fazendo a diferença na minha jornada na Psicologia.

Ao **Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal do Paraná** e à **CAPES**, por possibilitarem esse estudo.

*“Os livros ou a música nos quais imaginamos
que a beleza estivesse acabarão nos traindo se
confiarmos neles. A beleza não estava **neles**; ela
apenas nos alcançou **através** deles, e o que nos
acometeu por meio deles foi a saudade”.*

C.S. Lewis

RESUMO

A Psicoterapia Analítica Funcional (FAP) é um modelo comportamental de psicoterapia cuja premissa é a relação entre cliente e terapeuta como principal mecanismo de mudança terapêutica. Os comportamentos do cliente em sessão são classificados como comportamentos problemáticos (CRB1), comportamentos de progresso terapêutico (CRB2) e comportamentos de observar e interpretar o próprio comportamento (CRB3). São propostas na FAP Cinco Regras para orientar os terapeutas: 1) Observar a ocorrência de CRBs, 2) Evocar CRBs, 3) Consequenciar adequadamente os CRBs, 4) Observar os efeitos do comportamento do terapeuta sobre os CRBs, e 5) Promover estratégias de generalização das melhoras obtidas em sessão. Pesquisas em FAP que investigaram empiricamente a Regra 2 apresentaram métodos, resultados e conclusões distintas. Observa-se a necessidade de desenvolvimento de mais pesquisas que investiguem os mecanismos de mudança relacionados à Regra 2, em especial de métodos terapêuticos de evocação, como atividades estruturadas. O presente estudo tem como objetivo investigar os efeitos do uso de uma atividade estruturada como forma de evocação sobre a frequência de Comportamentos Clinicamente Relevantes de dois clientes adultos. A pesquisa consistiu em um delineamento experimental de caso único intrassujeito com replicação sistemática entre clientes, do tipo A-B-BC-B-BC. A fase A consistiu em uma linha de base, com a conceituação de caso e avaliação funcional do comportamento do cliente. A fase B foi a introdução sistemática da FAP. A fase BC consistiu na introdução das cartas do jogo *Dixit*® como atividade estruturada, sendo mantida a interação lógica da FAP. Participaram da pesquisa dois clientes adultos, com queixas relacionadas a déficits em expressão emocional. Todas as sessões foram gravadas, transcritas e categorizadas por meio da *Functional Analytic Psychotherapy Rating Scale* (FAPRS). Foram utilizados também os instrumentos *Functional Idiographic Assessment Template Questionnaire* (FIAT-Q), Inventário de Habilidades Sociais (IHS – Del-Prete), *Outcome Questionnaire* (OQ-45), e *Working Alliance Inventory* (WAI), ao final de cada fase, e reaplicados em uma sessão de *follow-up* dois meses após o final da coleta de dados. Os resultados apontaram o aumento na frequência e probabilidade de emissão de CRB2 nas sessões das fases BC, em comparação às demais fases, para ambos os clientes. Nas sessões nas quais as cartas não foram apresentadas, constatou-se que a porcentagem e probabilidade de emissão de CRBs voltaram a níveis próximos aos da linha de base. Os escores dos demais instrumentos indicaram poucas mudanças ao longo das fases. Os resultados obtidos encorajam o uso de atividades estruturadas como forma de evocação na FAP, e do papel da evocação como parte do mecanismo de mudança da FAP. Enfatiza-se também a relevância do uso de tratamentos estatísticos, em especial da probabilidade transicional, como forma de aprofundar a compreensão dos resultados obtidos por meio da FAPRS.

Palavras-chave: Psicoterapia Analítica Funcional. Atividades Estruturadas. Delineamento de Caso único. Mecanismo de Mudança Clínica.

ABSTRACT

Functional Analytic Psychotherapy (FAP) is a behaviorally based psychotherapy model, which the fundamental premise is the relationship between client and therapist as the main mechanism of change. Client behaviors in sessions are defined as problematic behaviors (CRB1), clinical improvement behaviors (CRB2) and making observations and interpretations of the client's own behavior (CRB3). FAP also provides Five Rules in order to guide therapists: 1) to watch CRBs (rule 1), to evoke CRBs (rule 2), to respond properly to CRBs (rule 3), to observe the effects of therapist's behavior on client's CRBs (rule 4) and to implement generalization strategies to improved behaviors (rule 5). Research on FAP that empirically investigates Rule 2 have distinct methods, results and conclusions. There is a need to develop more research that investigates the mechanisms of change related to Rule 2, in particular therapeutic methods of evocation, such as structured activities. The present study aims to investigate the effects of the use of a structured activity on the frequency of clinically relevant behaviors of two adult clients. Research consisted of an experimental design of a single-case experimental procedure, A-B-BC-B-BC, with systematic replication between clients. Phase A consisted of the baseline, with case conceptualization and functional assessment of the client behaviors. Phase B was the implementation of FAP. The BC phase was the introduction of the *Dixit*® cards, as a structured activity, maintaining the logical interaction of FAP. Two adult clients with deficits related to emotional expression participated in the research. All sessions were recorded, transcribed and categorized using the Functional Analytic Psychotherapy Rating Scale (FAPRS). The instruments Functional Idiographic Assessment Template Questionnaire (FIAT-Q), *Inventário de Habilidades Sociais* (IHS-Del Prette), Outcome Questionnaire (OQ-45) and Working Alliance Inventory (WAI) were also used in the last session of each phase. Results indicated an increase in the frequency and probability of emission of CRB2 in sessions of BC phases, comparing to the other phases, for both clients. In the sessions in which the cards were not used, the percentage and probability of emission of CRBs returned to levels close to those of baseline. Scores of the other instruments indicated few changes over the phases. Results are encouraging with respect to the use of structured activities as an evocation strategy in FAP, and the role of evocation in FAP's mechanism of change. The relevance of statistical treatments, as transitional probability, is emphasized as a way of providing a more comprehensive understanding of the results obtained through FAPRS.

Keywords: Functional Analytic Psychotherapy. Structured Activities. Single-case Design. Mechanism of Clinical Change.

Lista de figuras

Figura 1: Exemplos de imagens das cartas do jogo <i>Dixit</i> ®.....	26
Figura 2: Delineamento do estudo para os clientes Alice e George.....	33
Figura 3: Média por fase da frequência de CRB1 e CRB2 da cliente Alice	49
Figura 4: Média por fase da frequência de CRB1 e CRB2 do cliente George	49
Figura 5: Frequência de CRBs de Alice, comparados com os códigos de evocação da terapeuta.....	53
Figura 6: Frequência de CRBs de George, comparados com os códigos de evocação da terapeuta.....	53
Figura 7: Carta escolhida por Alice, trecho 1	55
Figura 8: Carta escolhida por Alice, trecho 2	57
Figura 9: Carta escolhida por George, trecho 3	59
Figura 10: Carta escolhida por George, trecho 4	60
Figura 11: Escores para a cliente Alice no WAI	65
Figura 12: Escores para o cliente George no WAI.....	65

Lista de tabelas

Tabela 1: Códigos da FAPRS para categorização dos comportamentos do cliente (Callaghan & Follette, 2008)	26
Tabela 2: Códigos da FAPRS para categorização dos comportamentos do terapeuta (Callaghan et al., 2008).....	27
Tabela 3: Classes de comportamentos e pontuação de cada classe do FIAT-Q (Callaghan, 2006).....	28
Tabela 4: Pontuação de corte clínica e índice de mudança confiável do OQ-45 de uma amostra portuguesa.....	30
Tabela 5: Protocolo de uma Interação Lógica com as Cinco Regras da FAP (Weeks et al., 2012).....	35
Tabela 6: Principais topografias de comportamentos de Alice	40
Tabela 7: Principais topografias de comportamentos de George	43
Tabela 8: Índices de Concordância e Intervalo de Confiança entre Dupla Modelo e categorizadores	44
Tabela 9: Probabilidade transicional dos comportamentos clinicamente relevantes de Alice após evocação da terapeuta.....	45
Tabela 10: Probabilidade transicional dos comportamentos clinicamente relevantes de George após evocação da terapeuta.....	45
Tabela 11: Códigos mais frequentes da cliente Alice e médias por fase.....	46
Tabela 12: Códigos mais frequentes do cliente George e médias por fase	48
Tabela 13: Códigos mais frequentes da terapeuta com a cliente Alice e médias por fase	50
Tabela 14: Códigos mais frequentes da terapeuta com o cliente George e médias por fase	51
Tabela 15: Médias por fase dos escores de Alice e George no instrumento OQ-45 (Carvalho & Rocha, 2009).....	62
Tabela 16: Escores da cliente Alice no instrumento FIAT-Q (Callaghan, 2006).....	63
Tabela 17: Escores do cliente George no instrumento FIAT-Q (Callaghan, 2006)	64
Tabela 18: Escores de Alice e George no instrumento IHS-Del Prette (Del Prette & Del Prette, 2001).....	64

Sumário

Introdução	12
Método	23
Participantes	23
Colaboradores	24
Aspectos éticos	24
Local	24
Equipamentos	25
Materiais e Instrumentos	25
Dixit® (Roubira & Cardouat, 2008)	25
Functional Analytic Psychotherapy Rating Scale (FAPRS) (Callaghan & Follette, 2008)	26
Ficha de Conceituação de Caso FAP (Tsai et al., 2009)	27
Functional Idiographic Assessment Template – FIAT (Callaghan, 2006)	28
Inventário de Habilidades Sociais – Del-Prette (Del Prette & Del Prette, 2001)	28
Outcome Questionnaire – OQ-45 (Carvalho & Rocha, 2009)	29
Working Alliance Inventory - WAI (Horvath & Greenberg, 1989)	30
Procedimento	31
Unidade de medida	31
Treino de categorizadores	31
Orientação e supervisões	32
Categorização	32
Coleta de dados	32
Aferição de concordância	36
Análise de dados	36
Resultados	38
Conceituação dos casos	38
Concordância entre categorizadores	43
Dados obtidos por meio da FAPRS (Callaghan & Follette, 2008)	44
Probabilidade Transicional	44
Porcentagens de frequência dos códigos do FAPRS (Callaghan & Follette, 2008)	46
Trechos de sessões com o uso das cartas	54
Dados obtidos por meio dos instrumentos	62
OQ-45 (Carvalho & Rocha, 2009)	62

FIAT-Q (Callaghan, 2006).....	63
IHS-Del Prette (Del Prette & Del Prette, 2001).....	64
WAI (Horvath & Greenberg, 1989).....	65
Discussão	67
Conclusão	82
Referências	85
Apêndice A: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para os clientes	90
Apêndice B: Termo de Compromisso	93
Apêndice C: Roteiro de treino com a terapeuta da pesquisa	95
Anexo A: Termo de Autorização do uso de Imagem e do Nome Dixit®	98
Anexo B: Ficha de Conceituação de Caso FAP (Tsai et al., 2009).....	99
Anexo C: Functional Idiographic Assessment Template - FIAT-Q (Callaghan, 2006).....	100
Anexo D: Outcome Questionnaire – OQ-45 (Carvalho & Rocha, 2009).....	108
Anexo E: Working Alliance Inventory – WAI (Horvath & Greenberg, 1989).....	110

Introdução

A Psicoterapia Analítica Funcional (FAP) é um modelo de psicoterapia com base comportamental cuja premissa é a relação entre cliente e terapeuta como principal mecanismo de mudança terapêutica, por meio do responder contingente do terapeuta nas interações com o cliente durante a sessão (Kohlenberg & Tsai, 1991a; Tsai et al., 2009).

Kohlenberg e Tsai descrevem a FAP como um tipo de terapia que se baseia nas definições e conceitos do behaviorismo radical, ao mesmo tempo em que enfatiza a importância de uma relação genuína, cuidadosa e sensível entre terapeuta e cliente. Sendo assim, o foco das intervenções da terapia FAP ocorre no próprio contexto clínico, no qual as ações do cliente têm papel terapêutico central. (Kohlenberg & Tsai, 1991a).

Entre os comportamentos do cliente em sessão, três classes são consideradas *Comportamentos Clinicamente Relevantes (Clinically Relevant Behaviors – CRBs)*. Os *CRB1* são comportamentos do cliente que são relacionados ao problema, sendo um dos objetivos do terapeuta diminuir sua frequência. Os *CRB2* consistem nos comportamentos de progresso do cliente, que geralmente ocorrem em pouca ou nenhuma frequência no início do processo terapêutico, cabendo ao terapeuta buscar seu aumento ao longo das sessões. Os *CRB3*, por sua vez, são os comportamentos do cliente de observar e interpretar seu próprio comportamento, fazendo relações entre seus comportamentos na sessão e na vida diária (Kohlenberg & Tsai, 1991a).

Os autores propõem também as Cinco Regras para orientar os procedimentos do terapeuta. As Cinco Regras, segundo Tsai et al. (2009), são uma forma de orientação que permite ao terapeuta aproveitar melhor as oportunidades que surgem ao longo da interação com o cliente. A Regra 1, “observar a ocorrência de CRBs”, consiste em estar atento aos comportamentos do cliente, de forma a identificar sua função e, assim, enriquecer a conceituação de caso e tornar as intervenções mais efetivas. A segunda regra, “evocar CRBs”, é descrita como um conjunto de métodos com o objetivo de possibilitar a maior emissão de

CRBs em sessão. A Regra 3 é “consequenciar adequadamente os CRBs”, ou seja, bloquear a emissão de CRB1 e reforçar a emissão de CRB2, principalmente (Tsai et al., 2009, pp. 90–126).

A quarta regra da FAP é “observar os efeitos do comportamento do terapeuta sobre os CRBs”, ou seja, que o terapeuta identifique a função de seu próprio comportamento, com base na observação das reações do cliente ou até mesmo por perguntas diretas. Por fim, a Regra 5 é “promover estratégias de generalização das melhoras obtidas em sessão” (Tsai et al., 2009, pp. 90–126). A transferência dos ganhos obtidos em sessão para o cotidiano do cliente é um processo que pode ser auxiliado pelo uso de paralelos de fora para dentro da sessão. Isso significa indicar ao cliente que eventos ocorridos em sessão podem ser semelhantes aos ocorridos fora dela, e, mediante o CRB2, atribuir como tarefa a generalização desse comportamento em outros contextos de sua vida (Tsai et al., 2009).

Os conceitos apresentados, relativos ao referencial teórico, definições de CRBs e Regras, indicam uma característica fundamental da FAP: seu aspecto idiossincrático. Ao priorizar a função do comportamento em vez de sua topografia, a FAP não propõe o tratamento de algum transtorno específico, e não apresenta protocolos e conceituações de caso prontas, sendo cada caso único graças à história de vida do cliente (Kanter et al., 2017; Maitland et al., 2016).

O impacto do aspecto idiossincrático da FAP também impacta a produção científica da área sobre ela, pois a ausência de propostas de protocolos facilmente replicáveis e de técnicas de tratamento específicas torna a pesquisa e a avaliação empírica das técnicas da FAP mais difíceis (Kanter et al., 2017; Lizarazo, Muñoz-Martínez, Santos, & Kanter, 2015; Weeks, Kanter, Bonow, Landes, & Busch, 2012). Segundo Maitland et al. (2016), a FAP não especifica uma variável dependente para a pesquisa.

Em contrapartida, a busca por suporte empírico de *mecanismos de mudança*, em vez de “pacotes de tratamento” baseados em categorias do DSM-IV, é uma mudança de foco que tem sido defendida por possibilitar a pesquisadores e clínicos a compreensão de quais técnicas funcionam e o porquê, em vez de simplesmente aplicar protocolos de acordo com o diagnóstico psiquiátrico do cliente (Hayes et al., 2018; Rosen & Davison, 2003).

O principal mecanismo de mudança atribuído à FAP é o responder contingente do terapeuta na interação com o cliente, representado pela Regra 3 (Kohlenberg & Tsai, 1991a; Popovitz & Silveira, 2014). Os demais processos, representados principalmente pelas Regras 1, 2 e 5, têm recebido menor ênfase nas pesquisas da área, por serem considerados complementares à Regra 3. Weeks et al. (2012) afirmam, porém, que pesquisas empíricas focadas nas demais regras permitiriam aos pesquisadores explorar de forma mais aprofundada os processos da FAP.

A Regra 2, “Evocar CRBs”, relaciona-se com a estruturação do ambiente terapêutico de modo que CRB1 sejam evocados e que haja condição para o desenvolvimento de CRB2. Embora o ideal seja que a relação terapêutica seja naturalmente evocativa, isso pode variar na medida em que clientes e terapeutas têm diferentes habilidades em estabelecer intimidade.

Nesse sentido, cabe ao terapeuta estar atento a si mesmo e aos possíveis CRBs do cliente, podendo utilizar estratégias que auxiliem na evocação (Kohlenberg & Tsai, 1991a). São descritas três formas pelas quais o terapeuta pode evocar CRBs: (1) estruturar o ambiente terapêutico de modo a torná-lo evocativo; (2) utilizar métodos terapêuticos evocativos; e (3) ser, ele mesmo, um instrumento de mudança (Tsai et al., 2009). Os métodos terapêuticos evocativos apresentados pelos autores são descritos como provenientes de diferentes orientações teóricas, sendo o principal critério de sua utilização sua eficácia na evocação de CRBs. São exemplos de técnicas o uso da associação livre, de exercícios de escrita, de lições de casa e de exercícios de imaginação (Kohlenberg & Tsai, 1991a).

A evocação, bem como o uso de métodos terapêuticos evocativos, é uma condição antecedente que pode exercer múltiplos efeitos em sessão. Uma melhor compreensão desses efeitos pode facilitar a escolha de métodos terapêuticos mais eficazes de acordo com a conceituação de caso, além de tornar mais claro o papel da evocação como um dos mecanismos de mudança no contexto da FAP.

Um conceito útil para a compreensão dos efeitos da evocação, em especial por meio do uso de atividades estruturadas, é o de estimulação suplementar, discutido por Skinner em *Ciência e Comportamento Humano* (1953). O autor descreve a estimulação suplementar como a adição de variáveis que auxiliem o indivíduo a emitir comportamentos que costumam ocorrer em baixa frequência – seja por um fraco controle de estímulos, um histórico de punição daquela classe de comportamentos, ou outros fatores. Assim, a estimulação suplementar é uma forma de evocar respostas que, embora presentes no repertório do indivíduo, são emitidas em baixa frequência.

Skinner menciona como exemplo de estimulação suplementar o uso de atividades como a associação de palavras de Jung, e testes como o Rorschach e o TAT. Essas atividades têm em comum o fato de não evocarem respostas padronizadas, o que o autor considera útil para a identificação de múltiplas variáveis das quais o comportamento do cliente pode ser função (Skinner, 1953). Assim, o uso de atividades estruturadas também pode ser interpretado como uma estimulação suplementar, que possibilita a evocação de respostas mais variadas, que não ocorreriam sem o uso dessas atividades. Isso permite não apenas a evocação de comportamentos clinicamente relevantes, mas também o responder contingente do terapeuta a comportamentos mais variados.

Outros conceitos importantes úteis para a interpretação dos possíveis efeitos da evocação em sessão são estímulos discriminativos (SDs) e operações motivadoras (OM), que se referem a condições antecedentes, cujos efeitos incluem a evocação de comportamentos.

Estímulos discriminativos são definidos como sinalizações de ocasiões nas quais determinadas respostas terão consequências específicas. Seu efeito evocativo ocorre graças a uma correlação temporal com uma consequência específica, e sinaliza, portanto, a disponibilidade dessa consequência (Da Cunha & Isidro-Marinho, 2005). Em diversas situações, atividades estruturadas empregadas como métodos terapêuticos evocativos podem ser interpretadas como estímulos discriminativos.

Em seu livro *Comportamento Verbal*, Skinner afirma que existem temas que são frequentemente punidos pela comunidade verbal quando mencionados diretamente pelo falante, como questões relacionadas à agressividade, sexualidade, entre outros. Quando, porém, esses temas são mencionados indiretamente, por meio de uma obra literária, por exemplo, a probabilidade de punição seria menor (Skinner, 1957). Nesse sentido, quando o terapeuta utiliza uma atividade em sessão que envolva linguagem metafórica, essa atividade pode exercer função discriminativa, ao sinalizar a possibilidade de discutir sobre determinados temas sem ser punido.

Operações motivadoras, por sua vez, são descritas como eventos ambientais definidos por dois efeitos: (1) alteram a efetividade reforçadora ou punidora de uma consequência (*value-altering effect*) e (2) alteram a frequência de respostas operantes relacionadas a essas consequências (*behavior-altering effect*) (Laraway, Snyderski, Michael, & Poling, 2003; Michael, 2007). Com base no primeiro efeito, *value-altering effect*, as OM são classificadas como Operações Estabelecedoras ou Operações Abolidoras. As operações estabelecadoras são aquelas que podem aumentar o valor reforçador ou reduzir o valor punidor de um estímulo. Já as operações abolidoras são aquelas que diminuem o valor reforçador ou aumentam o valor punidor de um estímulo (para uma descrição mais detalhada sobre o desenvolvimento do conceito de Operações Motivadoras, bem como um aprofundamento das demais subdivisões

de OM, ver Aureliano & Borges, 2012; Laraway et al., 2003; Michael, 2000; Michael, 1993; Pereira, 2013).

A análise de possíveis efeitos do uso de atividades estruturadas evocativas também pode ser feita à luz do conceito de OM, na medida em que torna a consequência mais reforçadora, ou menos punitiva. Isso pode ocorrer, por exemplo, com atividades que auxiliem o cliente a relatar sobre temas que favoreceriam uma resposta mais acurada do terapeuta, na medida em que fornecessem mais dados sobre a história relevante ou eventos privados desse cliente.

As funções evocativas dos estímulos discriminativos e operações motivadoras podem ser facilmente confundidas. Em contextos aplicados, como a própria clínica, a diferenciação entre os dois efeitos torna-se ainda mais difícil (Da Cunha & Isidro-Marinho, 2005). É possível considerar também a interação entre os dois efeitos. Michael (1993) afirma que um dos efeitos de uma operação motivadora é aumentar a efetividade evocativa de estímulos discriminativos. Outros autores, por sua vez, afirmam ainda que os efeitos da OM são sempre mediados pela presença de um ou mais estímulos discriminativos, ou estímulos antecedentes (Edwards, Lotfizadeh, & Poling, 2019).

Considerando ainda que eventos privados do cliente podem ter função de operações motivadoras (Da Cunha & Isidro-Marinho, 2005), e as múltiplas funções que as verbalizações do terapeuta podem assumir nesse contexto, é possível afirmar que ambas as condições antecedentes (OM e SDs) ocorram concomitantemente, sendo difícil a separação de seus efeitos. Ainda assim, a compreensão de ambos os conceitos facilita na interpretação de possíveis funções que a evocação, como condição antecedente, pode exercer em sessão, seja indicando a disponibilidade de uma consequência, ou seu valor reforçador ou punitivo.

Outra questão importante a ser considerada na interpretação de atividades estruturadas como SDs ou OM é o efeito transitório atribuído a eles. Segundo Michael (2007), operações

motivadoras e estímulos discriminativos, como variáveis antecedentes, podem exercer um efeito evocativo ou abativo sobre o comportamento do organismo, mas não alteram seu repertório operante. Por isso, seus efeitos são considerados momentâneos. Se atividades estruturadas introduzidas na terapia, como condições antecedentes, têm um efeito momentâneo, é possível questionar sua utilidade em médio e longo prazo, bem como a possibilidade de generalidade dos comportamentos aprendidos em sessão.

Porém, a resposta para a utilidade das atividades estruturadas em terapia não está necessariamente vinculada à durabilidade de seus efeitos. Enquanto variáveis antecedentes (como OMs e SDs) exercem efeito imediato sobre as respostas, variáveis consequentes, como reforço e punição, apresentam efeitos duradouros que alteram a frequência futura das respostas que antecederam a essas consequências. Os efeitos exercidos pelas consequências são denominados por Michael (2007) como *repertoire altering effects* (“efeitos alteradores de repertório”).

A perspectiva da FAP vai ao encontro desse conceito, pois considera que as atividades estruturadas são um meio de evocar comportamentos do cliente que, por sua vez, possibilitarão o responder contingente do terapeuta (Nelson, Yang, Maliken, Tsai, & Kohlenberg, 2016). É também enfatizada a participação do terapeuta, que deve elaborar uma conceituação de caso que considere a natureza idiossincrática dos CRBs e da história de vida daquele cliente em particular, o que torna o responder contingente mais efetivo (Nelson et al., 2016; Tsai, Fleming, Cruz, Hitch, & Kohlenberg, 2014).

Desse modo, conceitos importantes da Análise do Comportamento podem auxiliar na compreensão de como a Regra 2 (“evocar CRBs”) possibilita a ocorrência de CRBs e facilita o responder contingente do terapeuta. Pesquisas experimentais envolvendo a Regra 2, por sua vez, auxiliam em uma compreensão de como esses efeitos ocorrem na relação terapêutica, de acordo com diferentes conceituações de caso e formas de evocação empregadas.

Pesquisas experimentais envolvendo a evocação e seu papel como mecanismo de mudança da FAP têm sido conduzidas recentemente com diferentes focos e conclusões (Lizarazo et al., 2015; Mayo & Graciano, 2014; Vartanian, 2017). Uma das pesquisas consistiu em uma avaliação de quais efeitos o uso diferencial das Regras 2 e 3 teria sobre a frequência de CRB3, comparando-a com a frequência dos CRBs 1 e 2 (Mayo & Graciano, 2014). O delineamento utilizado foi de caso único de reversão, sendo que em uma das fases, o terapeuta foi orientado a utilizar prioritariamente a Regra 2, e em outra fase, as Regras 2 e 3.

Os resultados da pesquisa de Mayo e Graciano (2014) indicaram uma maior frequência de CRB1 na maior parte das sessões da fase relativa ao uso da Regra 2. Foi identificada, porém, uma tendência de aumento nos CRB2 independentemente da mudança de fases (Mayo & Graciano, 2014). Nessa pesquisa, não foram descritos quais comportamentos do terapeuta caracterizavam a aplicação das Regras em cada um dos casos. Ademais, não se pode afirmar que houve um controle experimental que permitisse o controle das variáveis que definissem a aplicação específica das Regras 2 e 3.

Em outro estudo, buscou-se avaliar os efeitos específicos da Regra 3 na terapia FAP (Lizarazo et al., 2015). Foi realizado um delineamento experimental de caso único do tipo A/A+B. A fase A consistiu em uma conceituação de caso analítico-comportamental, com foco nos problemas diários do cliente. Nessa fase, o terapeuta poderia evocar CRBs (Regra 2), mas não haveria o responder contingente (Regra 3). Na fase B, foram introduzidas as Cinco Regras, com ênfase na Regra 3. Dois dos três participantes receberam acompanhamento após três semanas, enquanto o outro participante participou da fase “R3”, na qual o terapeuta implementou o responder contingente, sem a evocação direta.

Os resultados do estudo de Lizarazo et al. (2015) indicaram que na fase A não houve uma frequência substancial de CRB2, sendo que a remoção das intervenções relacionadas à Regra 2 não causou impacto na frequência de CRB2. Assim, os autores chegaram à conclusão

de que, sem o responder contingente (Regra 3), evocar CRBs (Regra 2) não produziria mudanças comportamentais positivas (Lizarazo et al., 2015).

Outra observação foi feita pelas autoras, considerando os resultados obtidos na fase R3: de acordo com a interação lógica da FAP, em terapias de curta duração, a Regra 2 poderia ser útil na evocação de CRBs. Por outro lado, em processos terapêuticos de maior duração, os CRBs ocorreriam naturalmente no contexto da relação terapêutica. Assim, evocações diretas se tornariam desnecessárias na medida que o processo terapêutico é conduzido, e a Regra 3 seria suficiente para a evocação e manutenção de comportamentos-alvo.

No entanto, a observação de Lizarazo et al. (2015) a respeito do papel da evocação direta foi feita com base nos dados de um único cliente participante da fase R3. Segundo as autoras, esse dado requer replicação (Lizarazo et al., 2015). Soma-se a isso o fato de que as categorias de comportamento apresentadas no estudo não permitiram um controle experimental que delineasse e diferenciasse comportamentos de evocação direta e consequenciação, assim como o de Mayo e Graciano (2014).

Por fim, um estudo foi conduzido com o objetivo de identificar os efeitos da evocação direta sobre os CRBs dos clientes, por meio da manipulação e isolamento da Regra 2, também em um delineamento de caso único de reversão (Vartanian, 2017). As fases consistiram em uma linha de base, com análise de contingências externas (fase A), a implementação da FAP sem o uso da evocação direta (fase B) e a FAP com a aplicação de todas as regras (fase BC). Diferentemente das pesquisas anteriores, foi apresentada uma descrição dos comportamentos categorizados como comportamentos de evocação direta.

Os resultados obtidos indicaram a predominância da ocorrência de CRB1 na linha de base e na fase B, havendo uma inversão com aumento expressivo de CRB2 na fase BC, mediante a inserção da evocação. A autora conclui, apontando o papel da evocação como

mecanismo de mudança na FAP e enfatizando a ocorrência de um processo de aprendizagem indicado pela tendência de aumento de CRB2 ao longo de todas as fases (Vartanian, 2017).

A tendência progressiva de aumento da emissão de CRB2, e diminuição de CRB1 ao longo das intervenções, indicada por Mayo e Graciano (2014) e Vartanian (2017) pode ser indicativo não apenas de um processo de aprendizagem, mas da redução da necessidade de evocação na medida que o processo terapêutico progride. Esse dado corrobora a afirmação de Lizarazo et al. (2015), segundo a qual a evocação direta tende a tornar-se menos necessária em terapias de longo prazo.

É difícil, porém, determinar com precisão em que ponto do processo terapêutico a evocação direta deixaria de ser necessária, pois tanto cliente, quanto terapeuta tem repertórios que tornam uma relação terapêutica única. Ainda assim, é possível afirmar que, em certos casos, o estabelecimento de uma relação terapêutica naturalmente evocativa pode levar muito mais tempo que outros, demandando o uso de estratégias de evocação pelo terapeuta.

Outro aspecto importante nas pesquisas descritas foi a própria aplicação da Regra 2. Embora cada pesquisa descrevesse em diferentes graus de especificidade os comportamentos do terapeuta caracterizados como Regra 2, é possível identificar que em nenhuma das pesquisas foram utilizados métodos evocativos como o uso de atividades estruturadas. Uma investigação empírica da evocação com o uso de atividades estruturadas poderia aprofundar a compreensão da Regra 2 como mecanismo de mudança na FAP e da própria eficácia dessas atividades (Nelson et al., 2016).

Assim, com objetivos, delineamentos, resultados e conclusões distintas, as pesquisas que investigaram a Regra 2 contribuíram para a investigação do papel da evocação como mecanismo de mudança na terapia FAP e possibilitam o levantamento de outras questões. Entre elas, questões sobre a relevância da evocação direta em terapias em andamento e sobre

como outras formas de evocação descritas por Tsai et al. (2009) exerceriam impacto como mecanismos de mudança.

O objetivo geral da presente pesquisa foi investigar os efeitos do uso de uma atividade estruturada como forma de evocação, comparando-os aos efeitos da evocação sem o uso da atividade, sobre a frequência de Comportamentos Clinicamente Relevantes de dois clientes adultos. A hipótese principal da pesquisa foi de que a probabilidade de ocorrência de CRB2, bem como sua frequência, seriam maiores nas sessões nas quais a atividade estruturada foi utilizada.

Método

Participantes

Participou do estudo uma terapeuta analítico-comportamental graduada, atuante na clínica particular há seis anos. É especialista em “Práticas e Recursos Terapêuticos nas Abordagens Cognitiva e Comportamental” e mestranda em Psicologia, participou de cursos sobre a FAP, e recebeu supervisão semanal para a realização dos atendimentos. A terapeuta foi informada sobre o objetivo da pesquisa, sobre o número de sessões por fase e sobre quais intervenções ocorreriam em cada fase.

Participaram da pesquisa dois clientes adultos, um homem e uma mulher. O participante do sexo masculino (denominado de forma fictícia como “George”) foi recrutado por meio da lista de espera para atendimento psicológico da Clínica de Psicologia Aplicada da Universidade Federal do Paraná. A participante do sexo feminino (denominada de forma fictícia como “Alice”) foi convidada para a pesquisa após participar de um grupo de Relacionamentos Interpessoais organizado por um projeto de extensão da Universidade, sendo a coordenadora do grupo a terapeuta da pesquisa. Os critérios para participação da pesquisa foram: (1) Ter dezoito anos ou mais; (2) Apresentar repertório deficitário de proximidade interpessoal e de expressão de sentimentos, indicados pelas informações fornecidas pelo encaminhamento da clínica e pelas queixas apresentadas pelos clientes nas sessões iniciais. Como critérios de exclusão, foram considerados a existência de tratamentos psiquiátricos medicamentosos em curso e/ou sintomas psiquiátricos que comprometessem a interação terapêutica. Embora tenham sido informados a respeito do objetivo da pesquisa, os clientes foram cegos quanto à duração e intervenções específicas das fases. Não foi possível, porém, omitir a duração das fases BC, que contaram obrigatoriamente com a apresentação da atividade estruturada.

Colaboradores

Colaboraram com a presente pesquisa cinco transcritores e quatro categorizadores. Os transcritores, alunos do primeiro ao terceiro ano de Psicologia, receberam orientações quanto à formatação do texto e sigilo, recebendo os arquivos de vídeo das sessões presencialmente a cada quinze dias.

Os categorizadores foram estudantes do quarto ou quinto ano de Psicologia, sendo divididos em duplas para a categorização das sessões. Cada dupla foi responsável pela categorização das sessões de um participante da pesquisa. Os transcritores e categorizadores foram cegos quanto à duração das fases e sobre quais intervenções ocorreriam em cada fase. Porém, eles foram informados sobre o objetivo da presente pesquisa e a duração das fases BC não pode ser omitida, pois as sessões da fase contaram com a apresentação da atividade estruturada.

Aspectos éticos

A presente pesquisa foi conduzida com a aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa do setor de Ciências da Saúde da UFPR, submetido sob o protocolo CAAE 99893218.0.0000.0102.

Os clientes participantes da pesquisa receberam as devidas informações a respeito da pesquisa e confidencialidade dos dados, e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice A). Os transcritores e categorizadores da pesquisa assinaram o Termo de Compromisso (Apêndice B), no qual foram informados sobre os termos de participação da pesquisa, assegurando do sigilo dos dados. Informações que pudessem permitir a identificação dos clientes participantes da pesquisa foram alteradas ou omitidas.

Local

As sessões foram conduzidas na sala da clínica particular da terapeuta participante. A sala está de acordo com as especificações exigidas pelo Conselho Regional de Psicologia do Paraná.

Equipamentos

Os equipamentos utilizados na pesquisa foram uma câmera para registro das sessões e notebooks para a transcrição e categorização dos dados.

Materiais e Instrumentos

Dixit® (Roubira & Cardouat, 2008)

Jogo de tabuleiro que contém 84 cartas, 36 fichas de votação, 6 pinos para a trilha de pontos e 1 folheto de regras. Para a presente pesquisa, foram utilizadas apenas as cartas do jogo. As cartas são ilustradas com elementos como lágrimas, notas musicais, expressões faciais, entre outros, geralmente associados a emoções e outros comportamentos encobertos que fazem parte das relações simbólicas estabelecidas pela maior parte dos clientes.

Mediante contato com a empresa distribuidora do jogo no Brasil, a Galápagos Jogos®, foi autorizado o uso do jogo, bem como a menção do nome *Dixit®* e a reprodução das imagens das cartas para a presente pesquisa (Anexo A). Alguns exemplos de cartas são apresentados a seguir, na Figura 1.



Figura 1: Exemplos de imagens das cartas do jogo *Dixit*®

Functional Analytic Psychotherapy Rating Scale (FAPRS) (Callaghan & Follette, 2008)

Escala que contém categorias de comportamentos do cliente e do terapeuta, obtidos por meio de gravações de áudio ou vídeo das sessões de FAP. A FAPRS abrange sete códigos para o comportamento do cliente, descritos brevemente na Tabela 1.

Tabela 1: Códigos da FAPRS para categorização dos comportamentos do cliente (Callaghan & Follette, 2008)

Código	Descrição
CRB1	Comportamentos problema ocorridos em sessão
CRB2	Comportamentos de melhora ocorridos em sessão
CRB3	Cliente descreve variáveis de controle importantes
CTR	Cliente foca na relação terapêutica
O1	Discussão de problemas clínicos ocorridos fora do contexto terapêutico
O2	Discussão de melhoras clínicas ocorridas fora do contexto terapêutico
CPR	Cliente descreve ou discute problemas ocorridos em situações fora da relação terapêutica, esclarecendo ou contextualizando problemas

Os códigos do comportamento do terapeuta em sessão são divididos em doze categorias. Além dessas categorias, incluiu-se o código ERBC, que indica a evocação feita

por meio das cartas do *Dixit*®. O acréscimo dessa categoria segue a mesma descrição do código original, ERB, diferenciando apenas a evocação direta da evocação feita com as cartas do *Dixit*®. Os códigos FAPRS para o terapeuta utilizados na presente pesquisa são descritos na Tabela 2.

Tabela 2: Códigos da FAPRS para categorização dos comportamentos do terapeuta (Callaghan et al., 2008)

Código	Descrição
TTR	Terapeuta foca na relação terapêutica
ERB	Terapeuta evoca CRB1, CRB2 ou CRB3
ERBC	Terapeuta evoca CRB1, CRB2 ou CRB3 por meio das cartas <i>Dixit</i> ®
TRB1	Terapeuta responde efetivamente ao comportamento problema do cliente em sessão
TRB2	Terapeuta responde efetivamente a melhoras do cliente em sessão
TRB3	Terapeuta responde efetivamente à descrição do cliente sobre variáveis de controle que afetam seu comportamento; terapeuta faz modelagem ou modelação de CRB3 para o cliente
RO1	Terapeuta fala sobre comportamentos problemáticos em que o cliente se engajou em contextos fora da sessão
RO2	Terapeuta provê reforço verbal mediante a descrição de comportamentos de melhora que o cliente se engajou em contextos fora da sessão
TPR	Terapeuta se engaja em comportamentos efetivos ou facilitadores, de maneira geral
M1	Terapeuta não responde ou perde a oportunidade de responder a um CRB1
M2	Terapeuta não reforça uma instância de um CRB2, ou uma aproximação razoável de um CRB2
M3	Terapeuta deixa de responder à descrição de variáveis de controle importantes, ou aproximações razoáveis, descritas pelo cliente
IRB1	Terapeuta emite uma resposta contingente que foi inefetiva em reduzir a frequência de CRB1
IRB2	Terapeuta emite uma resposta contingente que foi inefetiva em aumentar a frequência de CRB2
IRB3	Terapeuta emite uma resposta contingente que foi inefetiva em aumentar a frequência de CRB3
IN	Terapeuta se engaja em comportamentos ineficazes, de maneira geral

Ficha de Conceituação de Caso FAP (Tsai et al., 2009)

Consiste em uma ficha, preenchida pela terapeuta, descrevendo a história relevante do participante, as possíveis variáveis mantenedoras dos problemas relatados, objetivos da terapia, entre outros (Anexo B). A ficha também permite a sistematização dos possíveis CRB1 e CRB2 do participante, bem como dos comportamentos-problema (T1) e comportamentos-alvo (T2) da própria terapeuta.

Functional Idiographic Assessment Template – FIAT (Callaghan, 2006)

Trata-se de um sistema desenvolvido para ser utilizado em intervenções da FAP. O FIAT permite ao terapeuta a avaliação dos relacionamentos interpessoais do cliente dentro e fora da relação terapêutica. O sistema é composto pelos formulários de Avaliação do Cliente (FIAT-Q), Exemplar do Cliente e Formulário de Avaliação do Terapeuta. Na presente pesquisa foi utilizado apenas o FIAT-Q (Anexo C). Seus resultados são apresentados como escores em cinco “classes de resposta”: 1) Asserção de Necessidades (identificação e expressão), 2) Comunicação Bidirecional (impacto e *feedback*); 3) Conflitos; 4) Abertura e Proximidade Interpessoal; e 5) Experiência e Expressão Emocional.

O FIAT-Q é um questionário de autorrelato a ser preenchido pelo próprio cliente. É composto por 117 afirmações, a serem assinaladas segundo a concordância do cliente, em uma escala do tipo *Likert* que vai de um (“Discordo Totalmente”) a seis pontos (“Concordo Totalmente”). As afirmações são relativas às cinco classes de comportamentos descritas acima, e os resultados auxiliam na identificação das classes de comportamentos interpessoais mais deficitárias do cliente. As pontuações totais de cada classe variam entre si, sendo atribuídas conforme indicado pela Tabela 3.

Tabela 3: Classes de comportamentos e pontuação de cada classe do FIAT-Q (Callaghan, 2006)

Classes de comportamentos	Pontuação
Asserção de necessidades	21 a 126
Comunicação Bidirecional	25 a 150
Conflitos	23 a 138
Revelação e Proximidade Interpessoal	24 a 144
Experiência e Expressão Emocional	24 a 144
Escore Total	117 a 702

Inventário de Habilidades Sociais – Del-Prette (Del Prette & Del Prette, 2001)

Consiste em um instrumento de autorrelato que visa avaliar o repertório de habilidades sociais. Em 38 itens afirmativos que descrevem situações cotidianas de relação interpessoal, o

cliente deve preencher com que frequência se comporta da forma indicada em cada item. A escala a ser preenchida é do tipo *Likert* de zero (“nunca ou raramente”) a quatro pontos (“sempre ou quase sempre”).

As respostas obtidas são agrupadas em um escore geral e em cinco subescalas de habilidades sociais: (F1) Enfrentamento e Autoafirmação com Risco; (F2) Autoafirmação da Expressão de Sentimento Positivo; (F3) Conversação e Desenvoltura Social; (F4) Autoexposição a Desconhecidos e Situações Novas e (F5) Autocontrole da Agressividade. O instrumento, analisado e aprovado pelo Conselho Federal de Psicologia, conta com um manual, fichas de aplicação e fichas de apuração. Em relação à consistência interna do instrumento, foi verificado um coeficiente Alfa de Cronbach = 0.75, indicando boa consistência (Del Prette & Del Prette, 2001).

Outcome Questionnaire – OQ-45 (Carvalho & Rocha, 2009)

Trata-se de um instrumento de autorrelato que visa avaliar o progresso do cliente ao longo do processo de terapia (Anexo D). É composto por 45 questões, mensurando três dimensões primárias: (1) Desconforto Subjetivo, (2) Relacionamentos Interpessoais e (3) Desempenho do Papel Social. As questões são respondidas por meio de uma escala do tipo *Likert* de zero (“nunca”) a quatro pontos (“sempre”). Cada dimensão conta com diferentes quantidades de questões e possibilidades de pontuações brutas máximas (Desconforto Subjetivo = 100, Relacionamentos Interpessoais = 44 e Papel Social = 36). O escore total é de 0 a 180 pontos, sendo os escores mais altos indicativos de sofrimento mais severo.

O instrumento foi traduzido e adaptado culturalmente para o Brasil por Carvalho e Rocha (2009), e teve suas propriedades psicométricas validadas para a população brasileira (Silva, 2013). Para a versão brasileira do instrumento, foi verificado um coeficiente Alfa de Cronbach de 0.93 e 0.92 do Escore Total das amostras não-clínicas e clínicas, respectivamente (Silva, Alves, Peixoto, Rocha, & Nakano, 2016). No entanto, estudos que

adaptassem a estrutura fatorial do OQ-45, estabelecendo normas de interpretação dos escores brutos da escala, ainda não foram conduzidos para a versão brasileira, o que não possibilitaria identificar com precisão se os escores obtidos foram clínicos.

Estudos que fornecem pontuações de corte que permitam especificar escores clínicos e não-clínicos foram conduzidos com outras populações, como a norte-americana (Lambert, Gregersen, & Burlingame, 2004) e a portuguesa (Machado & Fassnacht, 2015). Para o presente estudo, será utilizada como base a pontuação de corte fornecida pelo estudo português, considerando a maior semelhança entre a versão portuguesa e brasileira. A Tabela 4 apresenta a pontuação de corte clínica e o índice de mudança confiável para a amostra portuguesa. Escores acima da pontuação de corte são considerados clínicos, sendo o índice de mudança confiável a quantidade de pontos necessária para que uma mudança confiável seja constatada, para mais ou para menos. Os dados são extraídos de Machado e Fassnacht (2015).

Tabela 4: Pontuação de corte clínica e índice de mudança confiável do OQ-45 de uma amostra portuguesa.

	Pontuação de corte	Índice de Mudança Confiável
Desconforto Subjetivo	36	12
Relacionamentos Interpessoais	14	8
Desempenho do Papel Social	13	7
Escore total	62	15

Nota. Fonte: Machado, P. P. P., & Fassnacht, D. B. (2015). The Portuguese version of the Outcome Questionnaire (OQ-45): Normative data, reliability, and clinical significance cut-offs scores. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 88(4), 427–437. <https://doi.org/10.1111/papt.12048>

Working Alliance Inventory - WAI (Horvath & Greenberg, 1989)

É um instrumento de autorrelato que tem como objetivo avaliar a aliança terapêutica, em termos de vínculo (*Bond*), objetivos (*Goal*) e tarefas/atividades (*Task*) no processo terapêutico (Anexo E). O WAI tem sido utilizado em pesquisas recentes para avaliar o impacto da introdução da FAP na relação terapêutica (Gifford et al., 2011; Maitland & Gaynor, 2016; Maitland et al., 2016). O instrumento consiste em questões nas quais são descritas situações e sentimentos relacionados à díade terapêutica. Cabe ao respondente

identificar com que frequência se sente daquela forma, em uma escala Likert que varia de um (“nunca”) a sete pontos (“sempre”).

O WAI pode ser aplicado em versões curtas e estendidas, com formulários específicos para clientes e terapeutas. Para a presente pesquisa, foi utilizado o inventário estendido para terapeutas, com 36 questões. O instrumento foi utilizado em sua versão original, em inglês, preenchido pela terapeuta ao final de cada fase do estudo. Cada subcategoria (*Bond, Goal, Task*) pode ter um escore de 0 a 84, e o instrumento pode ter um escore total de 0 a 252, sendo escores mais altos indicativos de melhor vínculo terapêutico. O coeficiente Alfa de Cronbach para o instrumento foi de 0.93, indicativo de boa consistência interna.

Procedimento

Unidade de medida

A unidade de medida adotada pelo presente estudo foi a fala dos participantes e terapeuta. Essa unidade de medida teve como parâmetro as orientações fornecidas pelo manual da FAPRS: *turns* de verbalizações emitidas pelo falante (participantes ou terapeuta), excluindo-se verbalizações de uma ou duas palavras (Callaghan & Follette, 2008).

Treino de categorizadores

Os categorizadores recrutados para a presente pesquisa receberam um treinamento sobre os princípios da FAP e sobre a FAPRS (Callaghan, Follette, Ruckstuhl, & Linnerooth, 2008). Os treinamentos foram semanais, com duração de cerca de uma hora, ao longo de quatro semanas. Foram utilizados como base para o treinamento trechos de livros da FAP (Kohlenberg & Tsai, 1991a; Tsai et al., 2009) e o manual da FAPRS (Callaghan & Follette, 2008; Callaghan et al., 2008). Foi realizada também a categorização de uma sessão modelo. O

treinamento ocorreu em uma sala da Clínica-escola de uma Universidade pública e foi conduzido pela pesquisadora e pela terapeuta participante da pesquisa.

Orientação e supervisões

Previamente ao início da linha de base, a terapeuta da pesquisa participou de um treino, com orientações sobre a introdução sistemática da FAP e sobre o uso das cartas *Dixit*®. A pesquisadora também forneceu diretrizes quanto à quantidade de cartas escolhidas por sessão (dez), possíveis verbalizações ao introduzir a atividade e a escolha aleatória das cartas a serem apresentadas. O roteiro do treino com a terapeuta consta no Apêndice C.

Além disso, a terapeuta recebeu supervisões semanais para os casos atendidos, tendo em vista os objetivos e delineamento da pesquisa. A supervisora foi a orientadora do presente estudo, que tem 26 anos de experiência clínica, e conhecimento teórico e prático em FAP.

Categorização

Todas as sessões foram gravadas em vídeo, transcritas e categorizadas. O instrumento utilizado para a categorização, a escala FAPRS (Callaghan et al., 2008), foi utilizado em suas categorias originais, apenas com o acréscimo da categoria ERBC, representando o comportamento de evocação por meio das cartas.

Coleta de dados

A presente pesquisa consistiu em um delineamento experimental de caso único intrassujeito com replicação sistemática entre clientes participantes do tipo A-B-BC-B-BC. Este delineamento consiste na alternância entre duas condições, sendo cada condição associada a diferentes estímulos discriminativos (Barlow & Hayes, 1979). Na presente pesquisa, a fase A correspondeu à linha de base, a fase B foi a condição do uso da FAP sem as cartas do *Dixit*® e a BC, a condição do uso da FAP com as cartas do *Dixit*® visando a

evocação de CRBs. Os efeitos da alternância de condições podem ser observados por meio da relação entre a Variável Independente (VI) e as Variáveis Dependentes (VD) (Sampaio et al., 2008). Nesse estudo, a VI constituiu-se na apresentação e uso das cartas do jogo *Dixit*® e as VDs foram a frequência dos Comportamentos Clinicamente Relevantes 1 e 2. Adotou-se um período de *follow-up* (FUP), dois meses após o final da última fase. A fim de aumentar o controle da inserção da VI, o arranjo do delineamento foi invertido entre os dois participantes, como ilustrado na Figura 2. Para facilitar a identificação das fases, as primeiras fases B e BC serão denominadas B1 e BC1, e as segundas fases, B2 e BC2.

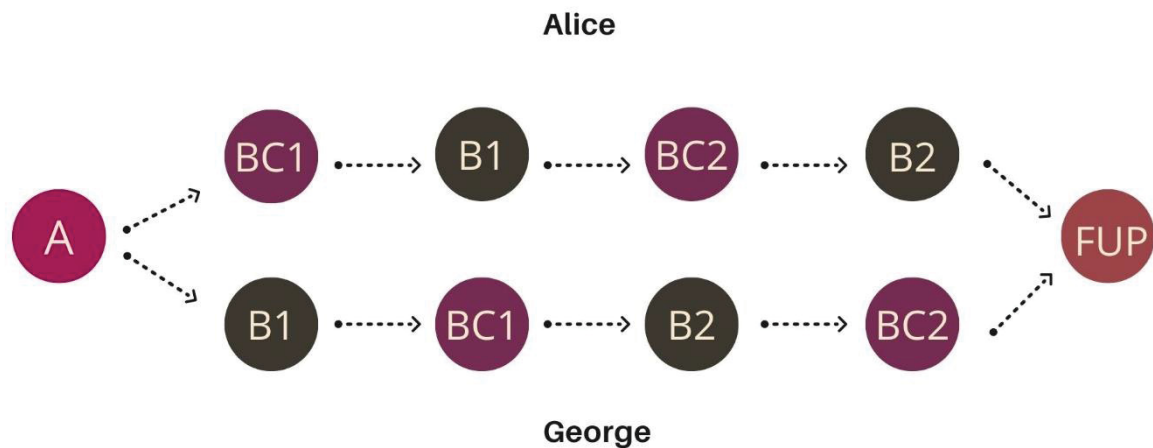


Figura 2: Delineamento do estudo para os clientes Alice e George

Optou-se por iniciar o processo terapêutico antes do começo da coleta de dados, a fim de isolar variáveis como o impacto do próprio início do processo terapêutico e possíveis limitações na quantidade de informações que compõem a conceituação de caso. Assim, a condição de linha de base demarcou o início da gravação, transcrição e categorização das sessões, considerando que o processo terapêutico com ambos os participantes iniciou-se cinco meses antes da coleta de dados. Cada fase foi composta por quatro sessões.¹

¹ Sobre o número de pontos de coleta por fase, Kratochwill et al. (2013) apresentaram critérios recomendados para pesquisas com delineamento de caso único, no contexto da prática baseada em evidências. Um dos critérios propostos pelos autores foi o de que cada

Fase A: Condição de Linha de Base

A fase A consistiu na linha de base da pesquisa, na qual a terapia, em andamento há cinco meses, foi pautada nos princípios da Análise do Comportamento, com foco na análise de contingências externas à sessão. Nesse período, a terapeuta procedeu à conceituação de caso e à avaliação funcional do comportamento dos participantes. Embora a terapeuta tenha, desde o início, observado possíveis CRBs e considerado sua ocorrência ao elaborar as conceituações de caso, as sessões foram conduzidas sem a aplicação sistemática da FAP, descrita a seguir na fase B.

Ao longo das sessões de linha de base, os clientes responderam o OQ-45, ao final de todas as sessões. Na última sessão da fase, os clientes preencheram o IHS - Del-Prette e FIAT-Q, e a terapeuta preencheu a Ficha de Conceituação de Caso FAP e o WAI. As informações obtidas por meio destes instrumentos possibilitaram a definição dos CRBs e o estabelecimento dos objetivos específicos das intervenções.

Fase B: Introdução da FAP

A fase B consistiu na aplicação sistemática da FAP, sem a introdução da Variável Independente. O uso da FAP seguiu o protocolo de interação lógica proposta por Weeks et al. (2012a), traduzida para o português pela pesquisadora (Tabela 5). Esse protocolo abrange as Cinco Regras, podendo ocorrer em momentos pontuais ou ao longo de toda a sessão. Os autores também preveem a ocorrência de *loops*, ou seja, interações nas quais é necessário que

fase tenha um mínimo de cinco pontos de coleta. Ainda assim, optou-se por manter a quantidade de quatro sessões, tendo em vista que a aplicação da mesma atividade por um número maior de sessões, mesmo com cartas diferentes, poderia artificializar ou tornar o processo repetitivo para os participantes. Desse modo, o presente delineamento cumpre os critérios com reservas, pois conta com quatro fases e quatro pontos de coleta por fase (Kratochwill et al., 2013). Considera-se, porém, que o uso de diferentes análises estatísticas dos resultados obtidos fortaleça a validade interna do presente estudo.

o terapeuta volte à Regra anterior mediante a emissão de um CRB1 do cliente, ou para reforçar a emissão de um CRB2 (Passos 7 e 8).

Tabela 5: Protocolo de uma Interação Lógica com as Cinco Regras da FAP (Weeks et al., 2012)

Regra	Passos
Regra 1	1. Terapeuta provê um paralelo de fora para dentro da sessão
	2. Cliente confirma a precisão do paralelo
Regra 2	3. Terapeuta evoca CRB
	4. Cliente se engaja em um CRB1
Regra 3	5. Terapeuta responde contingentemente ao CRB1
	6. Cliente se engaja em um CRB2
	7. Terapeuta responde contingentemente ao CRB2
	8. Cliente se engaja em mais CRB2
Regra 4	9. Terapeuta pergunta sobre o efeito de sua resposta sobre o cliente
	10. Cliente se engaja em mais CRB2
Regra 5	11. Terapeuta descreve um paralelo de dentro para fora da sessão e propõe uma tarefa baseada nessa interação
	12. Cliente expressa disposição em fazer a tarefa de casa fora da sessão

Fase BC: Introdução da Variável Independente - cartas Dixit®

A fase BC consistiu na aplicação da FAP juntamente com a introdução de dez cartas do jogo *Dixit®*, que foram apresentadas aos clientes. Para a atividade, a terapeuta foi orientada a apresentar as cartas ao menos uma vez ao longo da sessão, em momentos em que a temática da sessão ou a dificuldade do cliente em verbalizar algum evento indicasse a possibilidade de utilizar as cartas. A decisão de não definir um momento específico da sessão para que a terapeuta apresentasse as cartas foi tomada com o objetivo de tornar a atividade o menos artificial possível. Caso os clientes chegassem à sessão com alguma demanda urgente, ou em sofrimento, a terapeuta foi orientada a atender essas questões antes de iniciar a atividade.

As cartas apresentadas foram escolhidas aleatoriamente pela terapeuta, durante a sessão, em frente aos clientes. Após a seleção das cartas, a terapeuta foi orientada a solicitar aos clientes que falassem sobre temas variados, vinculados à relação terapêutica ou temas discutidos em sessão, e escolhessem ao menos uma carta que se relacionasse ao tema,

explicando o motivo da escolha. A atividade não teve duração pré-definida, sendo limitada apenas ao tempo de duração da sessão.

Fase final: Follow-up

A fase de follow-up consistiu em uma sessão sem o uso das cartas do jogo e sem a aplicação sistemática da interação lógica da FAP, dois meses após o final da coleta de dados. Os instrumentos FIAT-Q, IHS – Del-Prette e OQ-45 foram reaplicados, com o objetivo de avaliar as mudanças ocorridas após a intervenção.

Aferição de concordância

A aferição de concordância é um procedimento no qual os dois categorizadores vão, de forma independente, categorizar uma amostra dos dados coletados (Cohen, 1960), com o objetivo de aumentar a validade interna dos dados. Após a conclusão do treino, os categorizadores receberam uma conceituação de caso e uma sessão modelo a ser categorizada de forma independente. A mesma sessão foi categorizada em conjunto pela pesquisadora e pela terapeuta participante da pesquisa, denominada “dupla modelo”. Foi calculada a concordância das categorizações entre a dupla modelo e cada categorizador individualmente, e entre os categorizadores que formariam as duplas. A aferição foi feita com base no índice Cohen Kappa, sendo considerado aceitável um índice de a partir de 0,6 (Cohen, 1960; Kratochwill et al., 2013). Caso o índice obtido não fosse aceitável, seria realizado um segundo treino com os categorizadores.

Análise de dados

A análise estatística dos dados foi realizada com base na frequência de verbalizações na interação terapêutica, mensurada pelo instrumento FAPRS, e dos escores dos instrumentos FIAT-Q, IHS, OQ-45 e WAI. Os escores dos instrumentos IHS – Del-Prette, FIAT-Q, OQ-45

e WAI foram comparados antes e depois do conjunto de sessões avaliado, e entre as fases. As análises foram conduzidas pela equipe de assessoria estatística do Laboratório de Estatística Aplicada da Universidade Federal do Paraná.

Uma análise de probabilidade transicional com base no modelo multi-estados de Markov (Jackson, 2011) foi conduzida para comparar a probabilidade de emissão de CRB1 ou CRB2 após comportamentos de evocação da terapeuta. Foram comparados os dados da probabilidade de emissão de CRB1 ou CRB2 após um ERB em todas as fases, sendo que na fase BC, os códigos ERBC foram calculados separadamente. Essa separação permitiu identificar a probabilidade de emissão de comportamentos do cliente com e sem o uso das cartas, mesmo nas sessões da fase BC.

Considerando que o objetivo da presente pesquisa foi investigar os efeitos do uso de uma atividade estruturada como forma de evocação, foi adotado para a presente pesquisa um *Lag 1*, ou seja, apenas o código do cliente que seguisse imediatamente à evocação. Desse modo, a análise de probabilidade transicional buscou responder à pergunta: “Considerando que um ERB/ERBC ocorreu, qual é a probabilidade de ocorrência de um CRB1 ou CRB2?”.

Para a análise dos escores dos instrumentos, foram conduzidos o Teste Friedman, para verificar se houve diferença significativa entre as fases, representado pelo *p* valor. O Teste DMS foi utilizado como forma de complemento, a fim de confirmar o nível de significância apresentada pelo Teste Friedman.

Resultados

Seguem apresentados os resultados, na seguinte ordem: (1) Conceituação dos casos; (2) Concordância entre categorizadores; (3) Dados obtidos por meio da FAPRS; (4) Trechos de sessões com o uso das cartas *Dixit*®; e (5) Dados obtidos por meio dos instrumentos WAI, OQ-45, FIAT-Q e IHS.

Conceituação dos casos

Alice

Alice era solteira, tinha 24 anos e residia em Curitiba com duas amigas. Mudou-se do interior do Paraná para Curitiba após passar no vestibular, para cursar Arquitetura em uma universidade particular. Ela relatou ser sempre muito dedicada aos estudos e ter boas notas, o que lhe rendeu uma bolsa de estudos integral na universidade. Os pais de Alice a ajudavam financeiramente com as despesas de aluguel do apartamento.

A queixa principal de Alice era “empatizar demais com as pessoas” (sic). A cliente queixava-se de ter muita dificuldade em recusar pedidos das pessoas, a ponto de deixar de fazer suas próprias atividades e obrigações para ajudar os outros. Apesar de relatar sempre ter agido assim, contou que começou a ter problemas mais sérios desde que entrou na faculdade. A cliente afirmou que a frequência com que fazia aos outros favores - que incluíam fazer trabalhos acadêmicos para os colegas - reduziu muito seu tempo de estudos, o que refletiu em suas notas. Por conta das notas baixas, Alice reprovou em algumas matérias e perdeu sua bolsa de estudos na universidade. Após perder a bolsa, Alice prestou vestibular novamente, e passou em uma universidade pública em outro curso de Arquitetura.

Alice relatava que o comportamento de ajudar era mais frequente em situações nas quais se sentia triste e vulnerável, como após o término de um namoro ou a reprovação em

alguma matéria. Nessas situações, Alice ia atrás dos amigos para perguntar se precisavam de algo, e também apresentava outros comportamentos problemáticos, como se automedicar e procrastinar deveres domésticos e acadêmicos.

Embora afirmasse ter um bom relacionamento com os pais, Alice relatava conflitos constantes com a mãe, especialmente por conta de cobranças que ela fazia sobre seu desempenho acadêmico e gastos financeiros. Com as amigas com quem dividia o apartamento, Alice relatava conviver bem, embora sentisse que elas faziam muitos pedidos abusivos. Como exemplo, emprestou uma grande quantia de dinheiro para uma delas, tirando das próprias economias. Meses depois, Alice relatou não ainda não ter conseguido pedir a devolução do dinheiro.

Uma possível função do comportamento de oferecer ajuda, confirmada pela cliente, era uma forma de se esquivar de eventos aversivos, relacionados a sentimentos de solidão e tristeza, ou uma alta demanda de desempenho em atividades acadêmicas. Embora se sentisse triste ou prejudicada depois, relatava não conseguir mudar esse comportamento.

Em sessão, a cliente geralmente apresentava uma postura tímida, falando baixo e evitando contato visual, principalmente ao relatar seus comportamentos problemáticos. Observou-se que Alice aparentava ter muita dificuldade em fazer relatos sobre si mesma na sessão, o que incluía análise de possíveis funções de seus comportamentos, ou expressão de sentimentos relacionados à si mesma ou aos outros. Em situações nas quais a terapeuta solicitava uma descrição de como se sentiu em determinados momentos, Alice mudava de assunto ou relatava um sentimento e dizia que era “bobo” (sic). Em outras situações, dizia não saber como descrever seus sentimentos, nem o motivo de ter se sentido assim. Embora reconhecesse a função de alguns comportamentos, Alice raramente conseguia identificar em que situações específicas eles poderiam ocorrer, nem as consequências que mantinham seu comportamento. Isso incluía situações nas quais ela afirmava ter se automedicado ou

procurado o ex-namorado nas redes sociais para “aliviar um sofrimento”, que não sabia descrever em detalhes.

Por fim, a cliente também apresentava dificuldades em falar sobre a relação terapêutica, principalmente se questionada sobre momentos em que aparentava se sentir pouco à vontade na sessão. Era frequente que Alice declarasse à terapeuta que se sentia em dívida em relação a ela, por receber atendimento psicológico de forma gratuita. Desse modo, Alice não apresentava *feedbacks* sobre o processo e relação terapêutica, mesmo quando solicitado. A Tabela 6 apresenta as principais topografias dos comportamentos de Alice, observados nas sessões iniciais.

Tabela 6: Principais topografias de comportamentos de Alice

O1	O2	CRB1	CRB2
Atender pedidos de pessoas próximas, mesmo contrários à sua vontade;	Recusar pedidos de ajuda que considere abusivos, ou que não possa ou queira ajudar;	Trazer relatos com detalhes excessivos sobre outras pessoas, tomando tempo da sessão (antecedida geralmente por falas evocativas da terapeuta);	Relatar sentimentos aversivos sobre outras pessoas, sem se esquivar ou apresentar justificativas;
Oferecer ajuda ao ouvir relatos de amigos com problemas, mesmo quando a ajuda não tivesse sido solicitada;	Ouvir os problemas dos amigos, sem obrigatoriamente oferecer ajuda;	Expressar sentimentos de dívida em relação à terapeuta, por ter seus problemas ouvidos de forma gratuita;	Aceitar a ajuda da terapeuta, estabelecendo uma relação de intimidade terapêutica sem descrever relação de dívida;
Procrastinar deveres domésticos e acadêmicos	Organizar sua rotina de estudos e afazeres domésticos e cumprir os prazos estabelecidos	Invalidar os próprios sentimentos, afirmando que não deveria se sentir mal/triste/ansiosa/com raiva por algo “tão simples” ou “bobo”;	Descrever pensamentos e sentimentos sem diminuí-los ou invalidá-los;
Evitar falar sobre si aos amigos sob a justificativa de não querer sobrecarregá-los	Relatar os próprios problemas aos amigos	Afirmar ser incapaz de descrever a função de seus comportamentos e contingências envolvidas;	Fazer análise das funções de seu comportamento, identificando e descrevendo antecedentes e consequências

Deixar de fazer cobranças ou reclamações para evitar conflitos, mesmo que se sentisse injustiçada	Fazer cobranças e pedidos, mesmo sob o risco de entrar em um conflito	Esquivar-se de falar sobre a relação terapêutica, principalmente se envolvesse algum tipo de <i>feedback</i> negativo	Falar sobre a relação terapêutica e o processo terapêutico, mesmo que isso incluísse <i>feedbacks</i> negativos.
---	---	---	--

George

George, 38 anos, solteiro, autônomo. Relatou ter procurado atendimento psicológico para conseguir lidar com o término de um relacionamento amoroso que durou seis anos. O namoro, que teve vários termos e voltas, havia sido terminado definitivamente pela ex-namorada, cerca de um ano e meio antes do início da terapia.

Os dois haviam se conhecido na adolescência, e ficaram juntos por alguns meses. Anos depois, George a encontrou em uma rede social e retomaram o contato, iniciando o namoro após algumas semanas. Na época, ela estava grávida de outro homem e em dificuldades financeiras, motivos pelos quais George decidiu chamá-la para morar com ele poucos meses após o início do namoro. Nas primeiras sessões, George a descrevia como uma pessoa muito carinhosa e que não se importava com a baixa condição socioeconômica dele, o que o atraiu nela.

Durante o relacionamento, George quis adotar o filho dela, casar-se e ter mais filhos, mas ela sempre negou esses pedidos. Segundo ele, o término definitivo ocorreu por divergências religiosas, pois ela não aceitava a religião dele. Após o término, a ex-namorada de George passou a pedir dinheiro e favores a ele, inclusive que cuidasse de seu filho enquanto ela estivesse viajando ou que pagasse por uma cirurgia plástica com fins estéticos. George raramente negava algum pedido, assumindo dívidas financeiras por causa disso. Segundo ele, o principal motivo para querer manter contato com ela é seu filho, que considera como próprio filho, de quem relatava sentir muita saudade.

George morava sozinho em uma casa no mesmo terreno das casas dos pais e do irmão gêmeo. Queixava-se de não ter com quem conversar entre os familiares, por não querer sobrecarregar a mãe com queixas e ser tratado de forma agressiva pelo pai e pelo irmão. Segundo o cliente, o irmão sempre brigou muito com ele, exigindo que ele fosse mais proativo. Embora relatasse sofrer com as cobranças do irmão e raramente responder às suas críticas, George aceitou fazer um curso de Segurança do Trabalho oferecido por ele. Uma queixa frequente de George é sua condição financeira, que considera ter sido prejudicada pelos anos em que só se interessava em fumar maconha e trabalhar em serviços simples. Apesar dessas queixas, tinha dificuldades em permanecer nos empregos que conseguia e relatava não conseguir tomar iniciativas para mudar sua situação.

Em sessão, os relatos de George consistiam principalmente de queixas sobre sua ex-namorada e seus familiares. Quando questionado sobre seus próprios sentimentos, George se esquivava falando sobre generalizações (ex.: “a vida é injusta e nada de bom acontece comigo”) ou chorando. No maior tempo da sessão falava ininterruptamente sobre essas queixas, ou descrevia as atividades que fazia em seu curso, dificultando intervenções da terapeuta e falando sobre conteúdos pessoais apenas nos minutos finais da sessão. Em algumas semanas, enviava mensagens de texto para a terapeuta nos finais de semana para “desabafar”, mas esquivava-se de falar sobre isso em sessão.

George raramente era pontual nas sessões, e ignorava as verbalizações da terapeuta sobre o término do tempo de sessão. Costumava também levar “presentes” à terapeuta, como doces e cartões. Também apresentava dificuldade em estabelecer objetivos para a terapia, por considerar que ali era onde poderia apenas desabafar. A Tabela 7 apresenta as principais topografias de comportamentos de George.

Tabela 7: Principais topografias de comportamentos de George

O1	O2	CRB1	CRB2
Oferecer ajuda ou atender a pedidos abusivos da ex-namorada	Recusar-se a oferecer ajuda ou atender a pedidos abusivos da ex-namorada	Trazer relatos com detalhes em excesso sobre outras pessoas e sua semana, tomando tempo da sessão e evitando falar de si mesmo	Trazer para a sessão os relatos que faz por mensagem de texto, falando sobre si e sobre os próprios sentimentos
Evitar falar como se sente ou o que pensa a fim de evitar conflitos	Falar como se sente ou o que pensa mesmo sob o risco de entrar em conflitos	Esquivar-se de falar sobre o processo terapêutico, ou de como se sente em sessão (ex.: mudança de assunto)	Falar sobre a relação terapêutica e o processo terapêutico, mesmo que isso incluísse <i>feedbacks</i> negativos.
Deixar de fazer atividades que gosta a fim de evitar críticas do irmão (ex.: pintura em tela)	Engajar-se em atividades reforçadoras, mesmo sob o risco de ser criticado	Justificar os próprios comportamentos como consequência da agressividade das pessoas em relação a ele	Fazer análise das funções de seu comportamento, identificando e descrevendo antecedentes e consequências
Apresentar dificuldade em tomar decisões, esperando orientações do irmão ou ex-namorada	Desenvolver repertório de tomada de decisões com base em seus objetivos e valores	Esquivar-se de estabelecer objetivos em terapia, considerando um lugar para apenas desabafar	Definir objetivos para a sessão e para o processo terapêutico
Queixar-se em excesso de sua situação financeira e vida amorosa, sem perspectiva de mudança	Estabelecer objetivos em sua vida profissional e formas de conhecer novas pessoas	Recusar-se a estabelecer objetivos práticos para a semana, sob a justificativa que nada daria certo	Elaborar objetivos para si mesmo, ouvindo as sugestões da terapeuta sem esquivar-se
Dificuldade em respeitar normas e regras dos empregos que consegue	Respeitar horários e normas estabelecidos por seus empregadores	Falar sobre si mesmo ou trazer alguma informação relevante somente no final da sessão, ignorando avisos da terapeuta sobre o término do tempo da sessão	Respeitar o tempo da sessão, apresentando suas queixas e demandas no início da sessão

Concordância entre categorizadores

O cálculo de concordância, que teve como objetivo aferir a concordância entre a dupla modelo (terapeuta e pesquisadora) e cada categorizador, foi realizado por meio do *software Rstudio*. Após o primeiro treino, os índices de concordância entre a dupla modelo e os categorizadores foram considerados abaixo do aceitável, com exceção de um dos

categorizadores (C3), que apresentou alto índice de concordância com a dupla modelo ($k = 0,92$; Intervalo de Confiança $[0,95\%] = 0,8154 - 0,9755$).

Foi, então, realizado o segundo treino, no qual a pesquisadora esclareceu dúvidas quanto às categorias da FAPRS e conceituação do caso. Além disso, a primeira metade da sessão modelo foi categorizada em conjunto com os categorizadores. Após o segundo treino, os categorizadores refizeram a segunda parte da categorização da sessão modelo, de forma independente. Essa segunda parte foi utilizada para o segundo cálculo de concordância, que indicou índices aceitáveis para todos os categorizadores. Seguem apresentados na Tabela 8 os índices de Concordância (Kappa) e os percentuais de Intervalo de Confiança (IC) da sessão entre a dupla modelo (DM) e cada categorizador, após o primeiro e o segundo treino.

Tabela 8: Índices de Concordância e Intervalo de Confiança entre Dupla Modelo e categorizadores

			Primeiro treino	Segundo treino
Dupla C1 e C2	DM – C1	Kappa	0,34	0,74
		IC (0,95%)	0,2287 – 0,4529	0,6373 – 0,8625
	DM – C2	Kappa	0,24	0,89
		IC (0,95%)	0,1446 – 0,3461	0,8154 – 0,9755
	C1 – C2	Kappa	0,12	0,80
		IC (0,95%)	0,0412 – 0,2074	0,6978 – 0,9036
Dupla C3 e C4	DM – C3	Kappa	0,92	0,86
		IC (0,95%)	0,8822 – 0,9742	0,7794 – 0,9540
	DM – C4	Kappa	0,25	0,63
		IC (0,95%)	0,1732 – 0,3382	0,5122 – 0,7599
	C3 – C4	Kappa	0,24	0,63
		IC (0,95%)	0,1594 – 0,3224	0,5122 – 0,7599

Dados obtidos por meio da FAPRS (Callaghan & Follette, 2008)

Probabilidade Transicional

A análise de probabilidade transicional foi utilizada para avaliar a probabilidade de ocorrência dos códigos CRB1 e CRB2 no *Lag* seguinte à do código ERB, correspondente à evocação da terapeuta. Os códigos ERB e ERBC são apresentados separadamente, a fim de permitir a comparação de seus efeitos. Os dados de probabilidade transicional dos casos de

Alice e George seguem apresentados nas Tabelas 9 e 10, respectivamente. Ambas as tabelas apresentam a probabilidade transicional de ocorrência de CRB1 e CRB2 após o código ERB para todas as fases. A probabilidade de ocorrência após o código ERBC, presente apenas nas fases BC1 e BC2, é apresentada em uma coluna separada.

Tabela 9: Probabilidade transicional dos comportamentos clinicamente relevantes de Alice após evocação da terapeuta

	A		BC1				B1				BC2				B2	
	ERB n=29		ERB n=17		ERBC n=13		ERB n=41		ERB n=32		ERBC n=13		ERB n=33			
	TP	n	TP	n	TP	n	TP	n	TP	n	TP	n	TP	n	TP	n
CRB1	0.345	41	0.235	28	0.154	28	0.390	56	0.250	62	0.154	62	0.363	65		
CRB2	0.655	82	0.765	132	0.846	132	0.610	105	0.750	184	0.846	184	0.637	104		

Nota: ERB: Evocação direta da terapeuta; ERBC: Evocação da terapeuta por meio das cartas *Dixit*®; CRB1: Comportamentos problemáticos do cliente; CRB2: Comportamentos de melhora do cliente; TP: índice de Probabilidade Transicional; n: Frequência bruta do código.

No caso de Alice, foi possível identificar que, dada a ocorrência de uma evocação, a probabilidade de emissão de um CRB2 foi maior que de CRB1 em todas as fases, sendo que a maior probabilidade de ocorrência de CRB2 ocorreu nas fases BC. Ademais, comparando a probabilidade de emissão de CRB2 após ERB e ERBC, é possível identificar uma probabilidade ainda maior de CRB2 após o código ERBC. Consequentemente, a probabilidade de ocorrência de CRB1 teve os menores índices nas fases BC. Para ambos os clientes, a probabilidade de emissão de um comportamento de melhora (CRB2) foi maior mediante a evocação com o uso das cartas, representado pelo código ERBC.

Tabela 10: Probabilidade transicional dos comportamentos clinicamente relevantes de George após evocação da terapeuta

	A		B1		BC1				B2		BC2			
	ERB n= 27		ERB n= 15		ERB n= 20		ERBC n= 6		ERB n= 27		ERB n= 20		ERBC n= 10	
	TP	n	TP	n	TP	n	TP	n	TP	n	TP	n	TP	n
CRB1	0.556	57	0.733	55	0.600	74	0.167	74	0.592	52	0.450	53	0.200	53
CRB2	0.444	38	0.267	21	0.400	134	0.833	134	0.408	39	0.550	70	0.800	70

Nota: ERB: Evocação direta da terapeuta; ERBC: Evocação da terapeuta por meio das cartas *Dixit*®; CRB1: Comportamentos problemáticos do cliente; CRB2: Comportamentos de melhora do cliente; TP: índice de Probabilidade Transicional; n: Frequência bruta do código.

No caso de George, os dados indicaram que, na fase A, houve maior probabilidade de emissão de CRB1 do que CRB2 após os códigos de evocação direta, desde a linha de base. Na fase B1, a probabilidade de emissão de CRB1 foi ainda maior. Durante a fase BC1, foi possível identificar que, após evocações sem as cartas, a probabilidade de emissão de CRB1 ainda foi prevalente. Porém, após evocações com as cartas (ERBC), a ordem se inverteu e a probabilidade de emissão de CRB2 foi maior. Na fase B2, as probabilidades se inverteram novamente, com uma maior probabilidade de emissão de CRB1, ainda que menor que na fase B1. Na fase BC2, houve uma nova inversão, sendo que para ambos os códigos (ERB e ERBC), a probabilidade de emissão de CRB2 foi maior.

Porcentagens de frequência dos códigos do FAPRS (Callaghan & Follette, 2008)

Com base nos códigos obtidos pela categorização das sessões dos clientes, foi possível identificar a porcentagem de frequência de cada código por sessão, bem como a média de frequência dos códigos por fase. Os percentuais dos códigos mais frequentes dos clientes, bem como a média da porcentagem por fase seguem apresentados nas Tabelas 11 (Alice) e 12 (George). As categorias CRB3, O1, O2 e CTR foram omitidas, por não terem obtido valores expressivos.

Tabela 11: Códigos mais frequentes da cliente Alice e médias por fase

	CRB1	CRB2	CPR
Sessão 1	0.92%	1.63%	1.35%
Sessão 2	1.63%	2.42%	1.14%
Sessão 3	0.28%	1.63%	0.36%
Sessão 4	0.07%	0.14%	0.71%
Média A	0.73%	1.46%	0.89%
Sessão 5	0.64%	4.05%	0.78%
Sessão 6	0.50%	2.06%	0.43%
Sessão 7	0.78%	2.77%	1.63%

Sessão 8	0.07%	0.50%	0.71%
Média BC1	0.50%	2.35%	0.89%
Sessão 9	1.00%	1.14%	1.49%
Sessão 10	1.63%	3.27%	2.13%
Sessão 11	1.07%	2.35%	1.78%
Sessão 12	0.28%	0.71%	1.00%
Média B1	1.00%	1.87%	1.60%
Sessão 13	1.21%	2.84%	1.14%
Sessão 14	1.28%	5.54%	4.98%
Sessão 15	1.56%	2.63%	0.92%
Sessão 16	0.36%	2.06%	0.28%
Média BC2	1.10%	3.27%	1.83%
Sessão 17	1.21%	2.49%	2.35%
Sessão 18	1.35%	2.13%	1.92%
Sessão 19	1.49%	2.35%	2.06%
Sessão 20	0.57%	0.43%	0.64%
Média B2	1.15%	1.85%	1.74%

Os percentuais dos códigos de Alice indicaram que a média da frequência dos comportamentos de melhora (CRB2) permaneceu mais alta que a dos comportamentos problema (CRB1), ao longo de todas as fases. É importante observar, porém, que os maiores percentuais de CRB2 ocorreram nas fases BC1 e BC2.

As médias dos percentuais indicativos da frequência de cada código por fase indicaram redução na frequência de CRB1 (de 0,73% para 0,50%) e aumento na frequência de CRB2 (de 1,46% a 2,35%) da fase A para a fase BC1. Na mudança da fase BC1 para a fase B1, a frequência de CRB1 voltou a aumentar (de 0,50% a 1,00%) e os CRB2 voltaram a diminuir (de 2,35% a 1,87%). Na passagem da fase B para a fase BC2, a frequência de CRB1 teve pouca alteração (de 1,00% a 1,10%), enquanto a de CRB2 voltou a aumentar (de 1,87% a 3,27%). Por fim, da fase BC2 para a B2, a frequência de CRB1 se manteve estável (de 1,10% a 1,15%), enquanto a frequência de CRB2 voltou a diminuir (de 3,27% a 1,85%). A frequência de CPR, que também foi significativa em todas as fases, teve um aumento a partir da fase B1, mantendo-se estável até a sessão 20.

Tabela 12: Códigos mais frequentes do cliente George e médias por fase

	CRB1	CRB2	CPR
Sessão 1	1.70%	0.61%	0.36%
Sessão 2	3.04%	2.07%	1.82%
Sessão 3	1.95%	1.82%	0.49%
Sessão 4	0.24%	0.12%	0.49%
Média A	1.73%	1.16%	0.79%
Sessão 5	1.34%	0.00%	4.50%
Sessão 6	2.80%	1.22%	0.12%
Sessão 7	2.43%	1.34%	1.34%
Sessão 8	0.12%	0.00%	0.61%
Média B1	1.67%	0.64%	1.64%
Sessão 9	3.16%	1.34%	1.70%
Sessão 10	1.82%	1.46%	1.82%
Sessão 11	2.92%	1.09%	2.43%
Sessão 12	1.09%	0.24%	1.34%
Média BC1	2.25%	1.03%	1.82%
Sessão 13	1.46%	0.49%	2.68%
Sessão 14	1.46%	0.85%	1.70%
Sessão 15	3.16%	2.68%	3.89%
Sessão 16	0.24%	0.73%	1.46%
Média B2	1.58%	1.19%	2.43%
Sessão 17	1.82%	4.14%	0.97%
Sessão 18	2.31%	1.09%	1.09%
Sessão 19	1.70%	1.70%	1.09%
Sessão 20	0.61%	1.58%	0.73%
Média BC2	1.61%	2.13%	0.97%

Com o cliente George, as porcentagens de CRB1 foram maiores que as de CRB2 da fase A até a fase B2, ocorrendo uma inversão apenas na fase BC2. As médias indicaram estabilidade na frequência de CRB1 ao longo das fases, com exceção da fase BC1, que teve uma frequência mais elevada que as demais (2,25%). Em relação à frequência de CRB2, é possível observar uma diminuição na frequência da fase A para a fase B1 (de 1,16% a 0,64%). A frequência de CRB2 voltou a aumentar na fase BC1 e se manteve estável na fase B2 (de 1,03% a 1,19%). Por fim, na fase BC2, ocorreu uma inversão, em que o CRB2 teve sua maior

frequência (2,13%), ultrapassando a frequência de CRB1 (1,61%). A média da frequência de CRB1 e CRB2 ao longo das fases da cliente Alice pode ser observada na Figura 3, e do cliente George, na Figura 4.

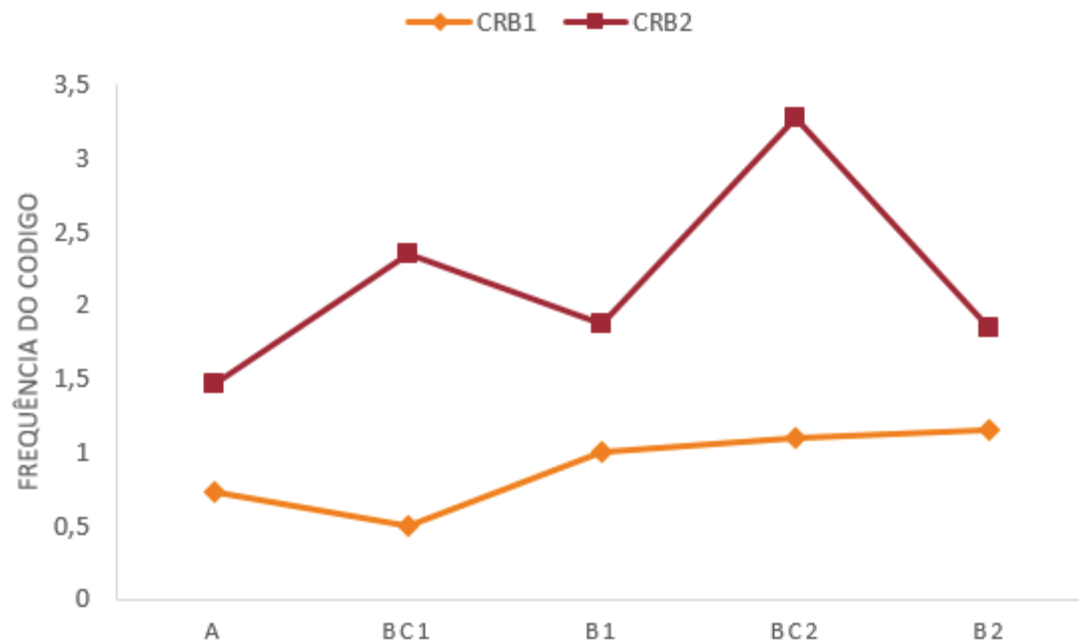


Figura 3: Média por fase da frequência de CRB1 e CRB2 da cliente Alice

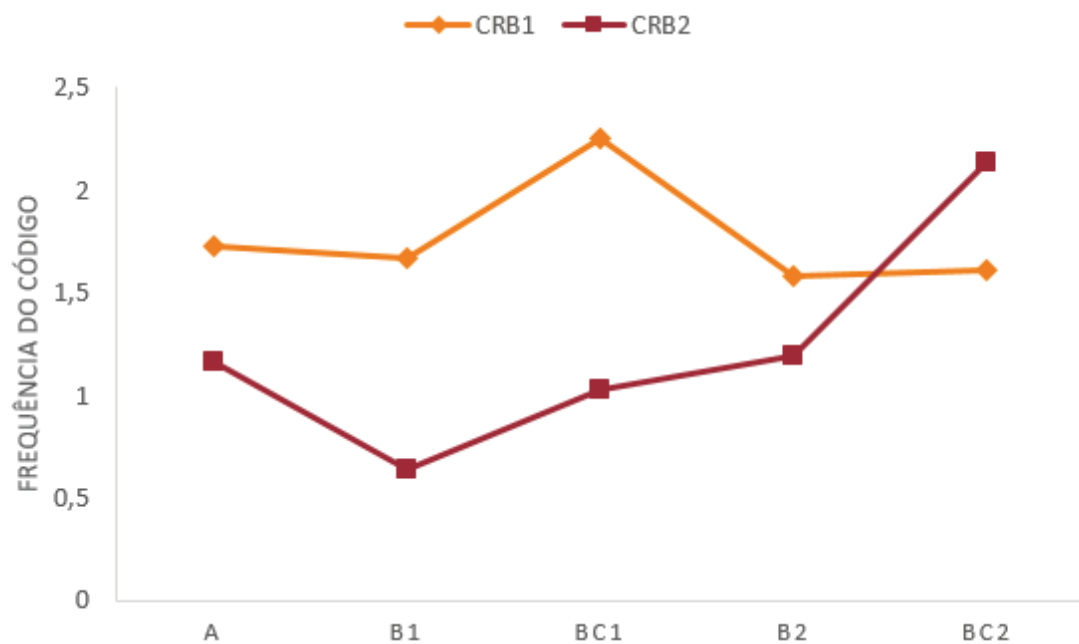


Figura 4: Média por fase da frequência de CRB1 e CRB2 do cliente George

Os percentuais dos códigos mais frequentes da terapeuta com ambos os clientes, bem como a média da porcentagem por fase segue apresentada nas Tabelas 13 (Alice) e 14 (George). As categorias TRB3, RO1, RO2, M1, M2, M3, IRB3, IN e TTR foram omitidas, por não terem obtido valores expressivos.

Tabela 13: Códigos mais frequentes da terapeuta com a cliente Alice e médias por fase

	ERB	ERBC	TRB1	TRB2	TPR	IRB1	IRB2
Sessão 1	0.64%	0.00%	8.20%	0.92%	1.07%	0.43%	0.50%
Sessão 2	0.78%	0.00%	8.86%	1.49%	0.78%	1.07%	0.57%
Sessão 3	0.43%	0.00%	7.50%	1.00%	0.14%	0.07%	0.64%
Sessão 4	0.21%	0.00%	0.00%	0.00%	0.57%	0.07%	0.14%
Média A	0.52%	0.00%	6.14%	0.85%	0.64%	0.41%	0.46%
Sessão 5	0.28%	4.82%	1.20%	3.56%	0.57%	0.36%	0.36%
Sessão 6	0.14%	7.14%	11.90%	1.35%	0.14%	0.07%	0.50%
Sessão 7	0.36%	7.69%	5.13%	1.78%	1.21%	0.50%	0.43%
Sessão 8	0.43%	0.00%	0.00%	0.14%	0.85%	0.07%	0.21%
Média BC1	0.30%	4.91%	4.56%	1.71%	0.69%	0.25%	0.37%
Sessão 9	0.64%	0.00%	4.41%	0.50%	1.64%	0.57%	0.50%
Sessão 10	1.07%	0.00%	7.41%	1.99%	1.64%	1.07%	0.92%
Sessão 11	0.85%	0.00%	4.30%	1.64%	1.92%	0.71%	0.64%
Sessão 12	0.36%	0.00%	0.00%	0.36%	1.14%	0.21%	0.07%
Média B1	0.73%	0.00%	4.03%	1.12%	1.58%	0.64%	0.53%
Sessão 13	0.57%	4.05%	5.41%	1.85%	0.57%	0.78%	1.00%
Sessão 14	1.21%	2.78%	4.44%	3.84%	4.27%	0.64%	1.28%
Sessão 15	0.43%	3.95%	11.84%	1.64%	0.71%	0.71%	1.07%
Sessão 16	0.07%	5.00%	7.50%	1.64%	0.28%	0.14%	0.36%
Média BC2	0.57%	3.94%	7.30%	2.24%	1.46%	0.57%	0.92%
Sessão 17	0.64%	0.00%	5.56%	1.56%	1.92%	0.85%	0.78%
Sessão 18	0.71%	0.00%	6.52%	1.42%	1.92%	0.92%	0.50%
Sessão 19	0.64%	0.00%	8.89%	1.35%	1.99%	1.00%	0.71%
Sessão 20	0.36%	0.00%	3.03%	0.21%	0.78%	0.50%	0.21%
Média B2	0.59%	0.00%	6.00%	1.14%	1.65%	0.82%	0.55%

Os códigos da terapeuta no caso de Alice indicaram uma frequência ligeiramente mais baixa do código ERB nas fases BC, mediante a introdução das cartas. Isso ocorreu uma vez que os comportamentos de evocação com as cartas e sem as cartas terem sido categorizados separadamente. O código ERBC teve sua frequência mais alta na fase BC1, apresentando uma queda na fase BC2 (de 4,91% para 3,94%).

O responder efetivo da terapeuta a CRB1 (TRB1) apresentou uma queda na fase BC1. É possível que a redução desse código tenha acompanhado a queda na frequência de CRB1 nessa fase. A frequência de TRB1 voltou a aumentar na fase BC2 (7,30%), enquanto a frequência de CRB1 da cliente se manteve estável. O código relativo ao responder contingente efetivo (TRB2) apresentou um aumento de frequência a partir da fase BC1, apresentando uma pequena queda em B1 e atingindo sua maior porcentagem em BC2 (2,24%). Na fase B2, a frequência diminui novamente. O responder não efetivo da terapeuta foi observado na frequência dos códigos IRB1 e IRB2. Ambos os códigos apresentaram uma frequência mais baixa que os demais códigos, apresentando poucas variações ao longo de todas as fases.

Tabela 14: Códigos mais frequentes da terapeuta com o cliente George e médias por fase

	ERB	ERBC	TRB1	TRB2	TPR	IRB1	IRB2
Sessão 1	0.72%	0.00%	0.12%	0.24%	0.72%	0.60%	0.12%
Sessão 2	1.55%	0.00%	0.60%	0.96%	1.55%	1.55%	0.84%
Sessão 3	0.60%	0.00%	1.08%	0.84%	0.36%	0.72%	0.84%
Sessão 4	0.36%	0.00%	0.12%	0.00%	0.24%	0.00%	0.00%
Média A	0.81%	0.00%	0.48%	0.51%	0.72%	0.72%	0.45%
Sessão 5	0.36%	0.00%	0.12%	0.00%	4.18%	0.96%	0.00%
Sessão 6	0.36%	0.00%	0.72%	0.60%	0.00%	2.03%	0.60%
Sessão 7	0.96%	0.00%	0.36%	0.60%	0.96%	1.55%	0.84%
Sessão 8	0.12%	0.00%	0.12%	0.00%	0.60%	0.00%	0.00%
Média B1	0.45%	0.00%	0.33%	0.30%	1.43%	1.14%	0.36%
Sessão 9	0.96%	0.12%	0.36%	0.60%	1.19%	2.75%	0.60%
Sessão 10	0.48%	0.48%	0.12%	0.60%	1.19%	1.67%	0.84%
Sessão 11	0.60%	0.12%	0.48%	0.36%	2.27%	2.03%	0.60%
Sessão 12	0.36%	0.00%	0.12%	0.12%	1.19%	0.96%	0.12%

Média BC1	0.60%	0.18%	0.27%	0.42%	1.46%	1.85%	0.54%
Sessão 13	0.84%	0.00%	0.12%	0.00%	2.39%	1.08%	0.24%
Sessão 14	0.60%	0.00%	0.24%	0.60%	1.67%	1.19%	0.24%
Sessão 15	1.31%	0.00%	0.48%	1.67%	3.23%	2.51%	0.72%
Sessão 16	0.48%	0.00%	0.12%	0.24%	0.96%	0.12%	0.36%
Média B2	0.81%	0.00%	0.24%	0.63%	2.06%	1.22%	0.39%
Sessão 17	0.60%	0.12%	0.36%	3.11%	0.84%	1.43%	0.84%
Sessão 18	0.72%	0.24%	0.36%	0.72%	0.60%	1.79%	0.36%
Sessão 19	0.72%	0.48%	0.36%	0.60%	0.60%	0.96%	0.96%
Sessão 20	0.36%	0.36%	0.36%	0.72%	0.36%	0.24%	0.48%
Média BC2	0.60%	0.30%	0.36%	1.28%	0.60%	1.11%	0.66%

No caso de George, os comportamentos de evocação da terapeuta (ERB) apresentaram uma frequência mais estável, com a menor frequência na fase B1 (0,45%). O código ERBC, que ocorreu apenas nas fases BC, apresentou baixa frequência. Sobre o responder contingente efetivo da terapeuta, observa-se que ambos os códigos (TRB1 e TRB2) se mantiveram estáveis ao longo de todas as fases, com apenas um aumento na frequência de TRB2 na fase BC2 (1,28%). Os códigos de responder inefetivo (IRB1 e IRB2) obtiveram frequência discretamente maior que os de responder efetivo, também se mantendo estáveis ao longo de todas as fases. Observa-se apenas um pequeno aumento na frequência de IRB1 na fase BC1 (1,85%).

A frequência do código TPR, assim como do código CPR da cliente Alice, obteve um aumento a partir da fase B1, aumentando discretamente nas fases seguintes, com uma redução na fase BC2. No caso de George, o aumento de CPR e TPR passou a ocorrer na fase B1, e teve uma queda na última fase, BC2. Os códigos TPR e CPR são descritos pelo Manual da FAPRS como códigos relacionados a comportamentos facilitadores do andamento da sessão, como o fornecimento de relatos e explicações que não sejam relacionados diretamente à relação terapêutica (Callaghan & Follette, 2008).

A frequência dos códigos CRB1 e CRB2 dos clientes, comparados com os códigos ERB e ERBC da terapeuta segue apresentada nas Figuras 5 (Alice) e 6 (George).

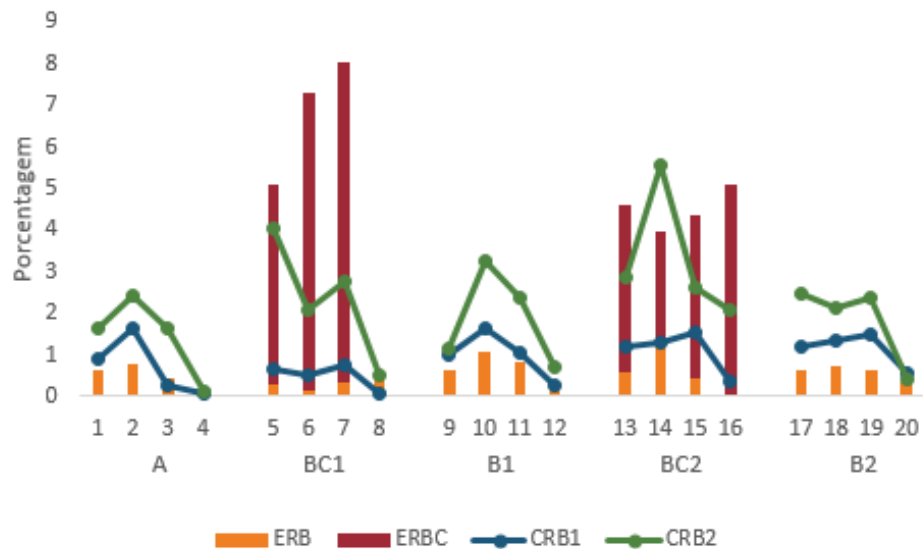


Figura 5: Frequência de CRBs de Alice, comparados com os códigos de evocação da terapeuta

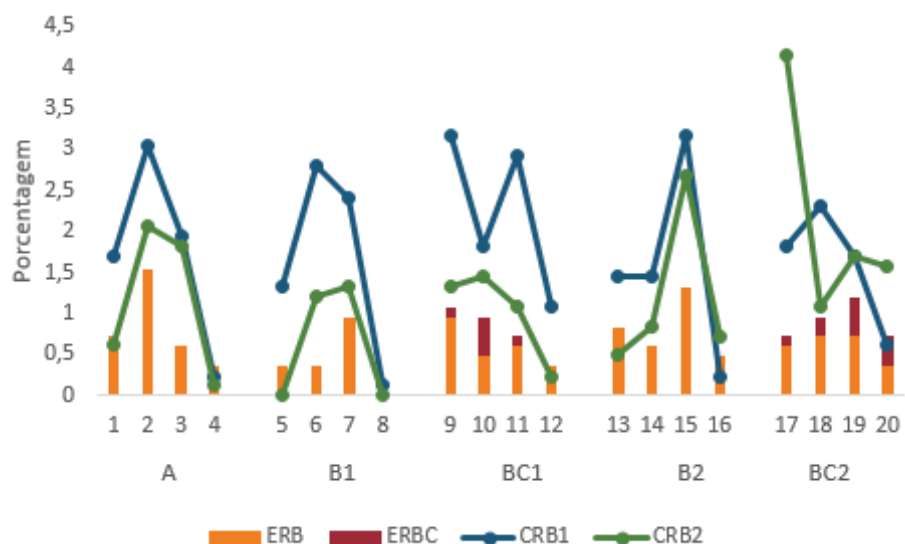


Figura 6: Frequência de CRBs de George, comparados com os códigos de evocação da terapeuta

A inspeção visual dos códigos de ambos os clientes indica uma relação entre a frequência de comportamentos de evocação da terapeuta (ERB e ERBC) e comportamentos clinicamente relevantes dos clientes. Essa relação pode ser inferida uma vez que as linhas dos CRBs acompanham a frequência de ERBs nas barras verticais de forma consistente.

No caso de Alice, é interessante observar que, embora a linha relativa à frequência de CRB1 tenha permanecido relativamente estável, a frequência de CRB2 apresentou um aumento mediante a evocação com as cartas (ERBC). A frequência de ERBC no caso do cliente George foi mais baixa, sendo menor que a da evocação sem as cartas, em todas as fases. Ainda assim, é possível observar aumento na frequência de CRB2 nas fases BC, em especial com a reintrodução da evocação com as cartas a partir da sessão 17.

Trechos de sessões com o uso das cartas

O uso das cartas do jogo *Dixit*®, escolhidas como o material para a condução das atividades estruturadas, possibilitou a evocação de comportamentos de melhora de diferentes funções e topografias, para ambos os clientes. A fim de ilustrar como as cartas foram utilizadas nas sessões da fase BC, serão apresentados dois trechos de sessão por cliente, nos quais as cartas foram utilizadas pela terapeuta.

No primeiro trecho, a terapeuta solicitou a Alice que escolhesse uma carta que representasse suas percepções sobre o processo terapêutico, e o papel que Alice considerava que precisaria exercer na terapia. A Figura 7 apresenta a carta escolhida pela cliente.

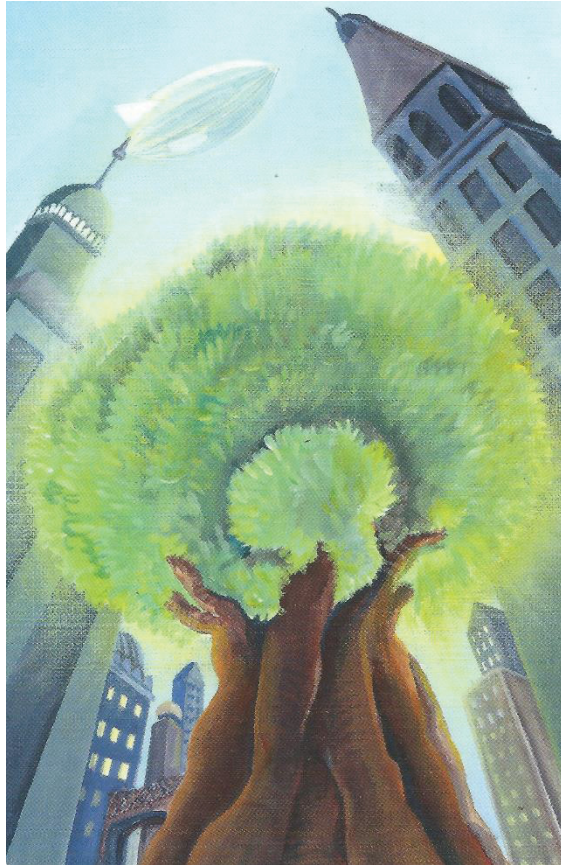


Figura 7: Carta escolhida por Alice, trecho 1

(A): Que dilema! Assim... Aqui a da árvore...

(T): Uhum.

(A): Cada sessão, a árvore cresce um pouquinho... No começo, não tem verde nenhum. O que era um bichinho compridinho e marronzinho... Tem sessão que dá uns galhos bem verdes, tipo, brota folha e é tudo tranquilo, eu saio daqui leve. Já tem as folhas. Tem sessão que fica aquele comecinho de folha, que não saiu ainda, uma flor fechada, não sei. E, aí, durante a semana eu sinto o que a sessão fez, penso aleatoriamente: “Putz, consegui fazer isso, e foi bem o que a [terapeuta] falou e, não sei”. Em alguns momentos, eu tenho vontade de super pegar o telefone e te falar, te mandar tipo: “Me abri com alguém!”, “contei tal coisa pra fulano!” e, daí, eu tenho essa sensação que vai, talvez não tenha sido na sessão anterior ou numa outra, mas, tem uma florzinha que ficou fechadinha, mas tá ali. E, tem

sessão que, né, já tá um tempo, a árvore já tá grande e, ainda assim, nasce uns galhos que não tem verde nenhum. Então, eu acho assim, que o certo seria ser um negócio assim... Começar seco e depois, vem um verde vivo tipo o... mas, não é toda sessão que vai... A minha meta seria que toda sessão dê alguma coisa, nem que seja uma folha, uma flor, nem que seja uma coisa que vai abrir durante a semana, ou que vai abrir depois... Mas, a ideia é que... eu tenho que tirar alguma coisa daqui. Seja de mim ou de você. Parece que eu tenho que tirar alguma coisa daqui. Não! É muito feio o que eu vou falar agora, mas, tipo...

(T): Pode falar!

(A): Não, não pode ser um tempo perdido, sabe... Parece que eu preciso que aqui me dê me um retorno.

No segundo trecho de Alice, a cliente continuou a falar sobre o processo terapêutico, e sobre o efeito que a terapia e a relação terapêutica exerciam em seus comportamentos. A carta escolhida por Alice nesse trecho segue apresentada na Figura 8.

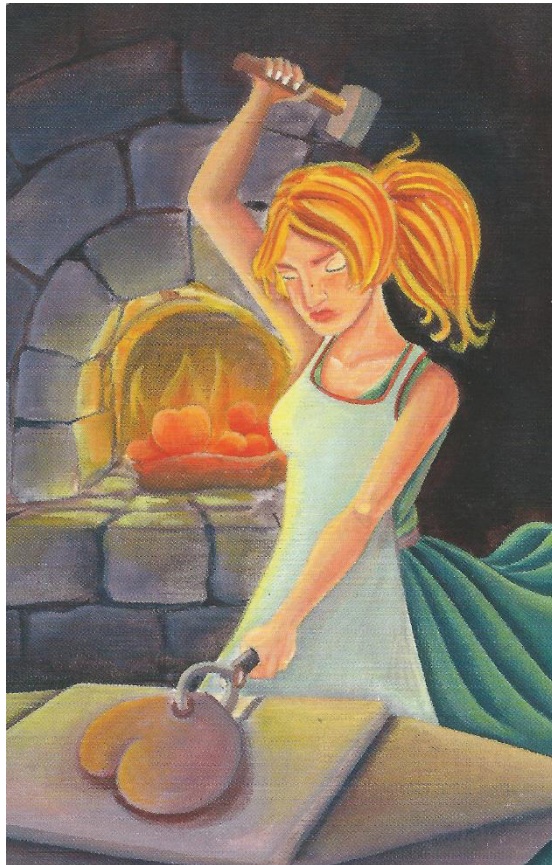


Figura 8: Carta escolhida por Alice, trecho 2

(A): [...] Esse aqui é menos dramático do que parece, tá?

(T): Uhum.

(A): Não de: “Ai meu Deus! O coração martelado dessa forma!” Não! É uma coisa mais assim, tipo: aqui é a sessão...Eu até tomo umas marteladas, que, às vezes dá uma vontadezinha de chorar: “Eu vou pra casa! Porque isso dói.” Dá? Dá! Dá vontade. Daí, eu vou pro forno durante a semana e, durante a minha vida, eu tenho que praticar aquilo, eu tenho que olhar pra uma situação e falar: “Ah! A [terapeuta] brigaria comigo se me visse agora fazendo de novo, entrando no buraco!” Ou, outra hora, eu penso alguma coisa assim: “Oh! Que orgulho seria ela ver que eu superei isso aqui!” E, é o forno. No futuro, vai virar um coraçãozinho na vitrine, pronto, em cerâmica. Lindo, caro, bem resolvido.

É possível identificar, nas duas falas de Alice sobre as cartas, análises sobre o processo terapêutico e a relação com a terapeuta que incluem *feedbacks* positivos e negativos. A cliente também foi capaz de fazer análises sobre o próprio comportamento dentro e fora de sessão, e como ambos os padrões de comportamento se relacionavam. Sobre a primeira carta, a cliente fez análises sobre suas expectativas em relação à terapia e seu próprio progresso. Admitiu esperar de si mesma mudanças ao final de toda sessão, expressando frustração nas situações em que suas expectativas não foram cumpridas. Ainda assim, demonstrou a compreensão de que algumas mudanças estavam ocorrendo gradualmente, como pequenos brotos que vão florescendo com o tempo, imperceptivelmente.

Na segunda carta, Alice falou sobre a relação terapêutica, admitindo que havia momentos difíceis na terapia, nos quais gostaria de ir embora da sessão. Afirmou temer a reação da terapeuta caso se comportasse de determinadas formas, mas também afirmou compreender que os momentos dolorosos eram parte do processo terapêutico e da busca pelos seus objetivos, de um coração “lindo, caro, bem resolvido”.

No trecho seguinte, a terapeuta solicitou a George que escolhesse uma ou mais cartas que representassem como ele estava se sentindo na sessão, naquele exato momento. A Figura 9 mostra uma das cartas escolhidas por George.



Figura 9: Carta escolhida por George, trecho 3

(G): Essa [apontando para a carta]. Primeiro você vê como eu me sinto aqui, né. É.. uma pessoa assim que, lá fora, tá com uma personalidade e quando eu chego aqui, consigo... expressar e demonstrar o que realmente eu tô sentindo, o que realmente eu busco. Então, de repente, lá fora eu sou o ser humano e quando eu chego aqui eu sou um sapo.

(T): Como assim um sapo, George?

(G): Ah, não sei, tipo... é uma coisa assim que muda, entendeu? É uma coisa assim que... porque aqui eu sei que eu posso, entendeu, eu tenho essa liberdade, e lá fora às vezes eu tenho que ficar meio repreendido assim, eu tenho que ficar meio acanhado. Em casa também, com meus familiares, eu não tenho muito essa abertura de externar pra eles o que realmente tá por debaixo, entendeu, desse rosto.

No trecho seguinte, George falou sobre a carta que escolheu, que representava como se sentia após falar sobre temas difíceis em sessão. A Figura 10 mostra a carta escolhida por George.

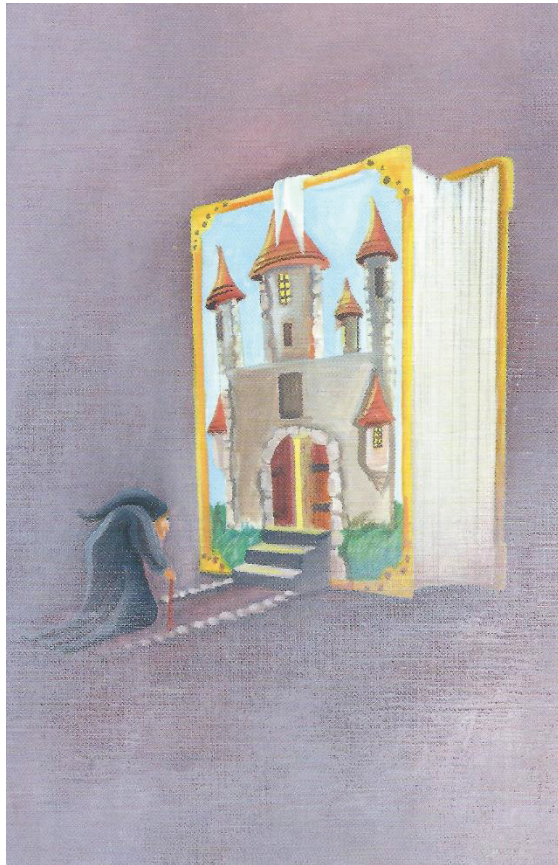


Figura 10: Carta escolhida por George, trecho 4

(G) É como se eu fosse um livro que está... que foi solto no ar, e ele vai cair em algum lugar ou ele vai buscar uma vida diferente de todos os outros, assim.

(T) E você sentiu isso aqui?

(G) Uhum.

(T) Então deixa eu ver se entendi: você acha que aqui você está buscando algo diferente?

(G) Sim. Uma saída.

(T) Uma saída, uhum. E, assim, que saída você acha que poderia ser?

(G) Ah... como eu tivesse assim preso num labirinto assim e tipo você me encontrasse e me falasse: “Oh, eu sei onde é a saída. Me acompanhe”.

(T) E, assim, o que você gostaria de fazer – qual seria a saída para o George? O que o George gostaria pro futuro dele?

(G) Alguém que... que... gostasse de mim do jeito que eu sou. Que não quisesse me mudar por capricho ou por vaidade. Isso. Independente da condição social, raça, credo... é isso.

Os trechos 3 e 4 mostram verbalizações de George nas quais ele fez análises sobre o processo terapêutico e sobre seus objetivos na terapia, sem esquivar-se ao mudar de assunto ou fazer generalizações. Com a primeira carta, o cliente fez uma análise sobre a intimidade terapêutica, e como isso se reflete na forma com que ele se comporta em sessão, diferentemente do ambiente familiar, que sente que é aversivo.

No trecho 4, George falou sobre buscar uma “saída” e qual ele considerava que fosse o papel da terapia nessa busca. O cliente também falou sobre buscar um novo relacionamento no qual se sentisse aceito, no qual tivesse intimidade. Embora não tenham sido análises aprofundadas sobre seus comportamentos, George havia apresentado dificuldades em estabelecer objetivos terapêuticos em todas as sessões até então. O uso das cartas permitiu à terapeuta começar a discutir sobre o tema com ele, possibilitando futuras intervenções, como o refinamento desses objetivos. Além disso, George fez análises importantes sobre o efeito do uso das cartas sobre seu próprio comportamento em sessão. Um exemplo de análise ocorreu na sessão 17, em que o cliente afirma, sobre as cartas: *“Eu sinto que elas conseguem, assim, realmente mexer assim com teu... sabe, o teu íntimo. E é bom que você, através daquelas imagens... você consegue expressar, assim, de repente uma coisa que... se não tivesse elas, de repente você não poderia falar, entendeu?”*.

Dados obtidos por meio dos instrumentos

OQ-45 (Carvalho & Rocha, 2009)

As médias e desvio-padrão por fase dos escores do instrumento OQ-45 (Lambert et al., 1996), aplicado ao início de todas as sessões, seguem apresentados na Tabela 15.

Tabela 15: Médias por fase dos escores de Alice e George no instrumento OQ-45 (Carvalho & Rocha, 2009)

Desconforto Subjetivo					
Alice			George		
Fase	Média	DP	Fase	Média	DP
A	39.25	2.87	A	35.75	2.06
BC1	38.50	4.80	B1	37.25	5.25
B1	42.50	7.85	BC1	39.50	1.00
BC2	41.00	8.98	B2	38.50	4.65
B2	37.25	1.26	BC2	39.25	0.96
FUP	43.00	0.00	FUP	43.00	0.00

Relacionamentos Interpessoais					
Alice			George		
Fase	Média	DP	Fase	Média	DP
A	17.00	1.41	A	23.50	2.38
BC1	15.75	2.06	B1	20.50	1.91
B1	15.25	3.59	BC1	22.00	3.16
BC2	14.25	3.69	B2	23.75	1.71
B2	14.50	4.51	BC2	23.00	1.41
FUP	13.00	0.00	FUP	22.00	0.00

Papel Social					
Alice			George		
Fase	Média	DP	Fase	Média	DP
A	14.75	3.20	A	12.25	3.59
BC1	15.25	3.95	B1	15.25	0.96
B1	18.00	4.08	BC1	16.25	1.26
BC2	16.00	1.41	B2	15.75	2.22
B2	17.00	3.16	BC2	16.50	1.91
FUP	11.00	0.00	FUP	17.00	0.00

Escore Total					
Alice			George		
Fase	Média	DP	Fase	Média	DP
A	71.00	6.48	A	71.50	7.05
BC1	69.50	5.26	B1	73.00	7.79
B1	75.75	14.08	BC1	77.75	5.25
BC2	71.25	12.50	B2	78.00	8.29
B2	68.75	5.50	BC2	78.75	3.77
FUP	67.00	0.00	FUP	82.00	0.00

De acordo com a pontuação de corte apresentada na Tabela 4, os escores de Alice foram considerados clínicos em todos os fatores na fase A. No *follow-up*, os fatores Relacionamentos Interpessoais e Papel Social chegaram a atingir índices não-clínicos, mesmo não tendo sido constatada mudança significativa entre os escores. A pontuação de George na fase A foi considerada clínica no fator Relacionamentos Interpessoais e no escore total, sendo que no *follow-up* todos os fatores indicaram escores clínicos.

Embora possam ser constatadas algumas mudanças nos escores de ambos os participantes, da fase A ao *follow-up*, o Teste de Friedman não indicou mudança significativa ao longo das fases para Alice ($p=0,73$) e George ($p=0,26$). As diferenças nos escores dos participantes também não alcançaram a pontuação suficiente para que fossem constatadas mudanças significativas, de acordo com o índice de mudança confiável do instrumento (Machado & Fassnacht, 2015), apresentado na Tabela 4.

FIAT-Q (Callaghan, 2006)

Os escores de Alice no instrumento FIAT-Q seguem apresentados na Tabela 16. A análise estatística indicou apenas uma mudança significativa nos escores, na Classe C (Conflito). Foi constatado um decréscimo significativo entre as fases B1 e BC1 ($p=0,027$).

Tabela 16: Escores da cliente Alice no instrumento FIAT-Q (Callaghan, 2006)

	Classe A	Classe B	Classe C	Classe D	Classe E
A	84	71	72	74	85
BC1	71	66	67	79	90
B1	69	68	60	82	83
BC2	82	71	77	77	90
B2	70	64	64	73	91
FUP	84	71	71	84	83

A tabela 17 apresenta os escores de George no instrumento FIAT-Q. Houve um decréscimo estatisticamente significativo na Classe C, entre as fases A e BC2 ($p=0,004$). Não houve diferença significativa entre as demais fases.

Tabela 17: Escores do cliente George no instrumento FIAT-Q (Callaghan, 2006)

	Classe A	Classe B	Classe C	Classe D	Classe E
A	67	83	81	83	77
B1	74	78	78	83	79
BC1	70	74	67	80	65
B2	73	69	63	89	78
BC2	61	68	58	76	71
FUP	70	76	68	90	75

IHS-Del Prette (Del Prette & Del Prette, 2001)

Os escores de Alice e George, totais e divididos pelas subescalas, seguem apresentados por fase, na Tabela 18.

Tabela 18: Escores de Alice e George no instrumento IHS-Del Prette (Del Prette & Del Prette, 2001)

Alice							George						
Fase	Total	F1	F2	F3	F4	F5	Fase	Total	F1	F2	F3	F4	F5
A	95	11.61	10.94	4.72	5.52	1.55	A	58	78	88	12.5	98	77.5
BC1	94	7.58	10.46	6.66	5.82	1.21	B1	58	38	73	52.5	99	62.5
B1	82	9.32	10.62	2.95	3.34	1.87	BC1	28	63	78	1	52.5	82.5
BC2	91	8.85	10.65	5.99	4.15	1.87	B2	48	58	83	32.5	67.5	82.5
B2	83	8.23	10.46	4.8	4.85	1.55	BC2	28	48	73	12.5	87.5	77.5
FUP	98	10.90	11.27	6.48	5.22	1.55	FUP	63	78	93	47.5	92.5	77.5

O escore mais deficitário para ambos os clientes foi na subescala F3, Conversação e desenvoltura social. Entre as questões que obtiveram as menores pontuações para Alice estavam: “pedir favores a colegas” (item 17) e “recusar pedidos abusivos” (item 22). Os escores desse fator foram considerados clínicos nas fases A, B1 e BC2. As questões com pontuações mais baixas para George foram “manter conversação” (item 36), “recusar pedidos abusivos” (item 22) e “abordar autoridade” (item 19). Seus escores foram considerados clínicos nas fases A, BC1, B1 e BC2.

Apesar de terem ocorrido algumas mudanças nos escores, entre a fase A e o *follow-up*, não foi constatada diferença significativa entre fases para Alice ($p=0,44$) e George ($p=0,41$) pelo teste de Friedman.

WAI (Horvath & Greenberg, 1989)

Os escores dos itens *Task* (Tarefa), *Bond* (Vínculo) e *Goal* (Objetivos) do WAI para Alice e George seguem apresentados nas Figuras 11 e 12, respectivamente:

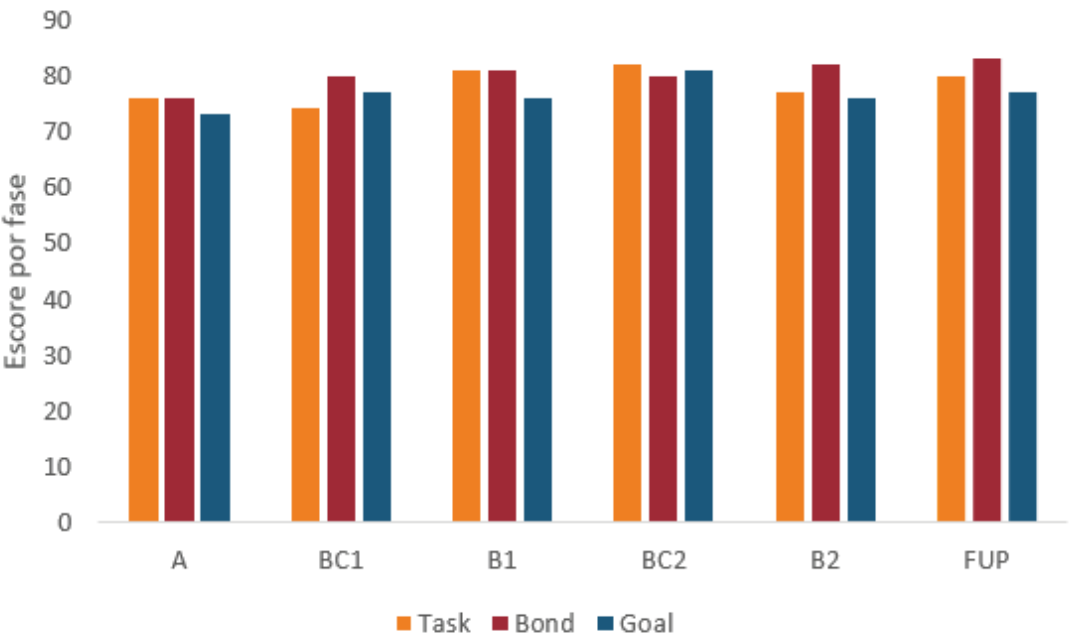


Figura 11: Escores para a cliente Alice no WAI

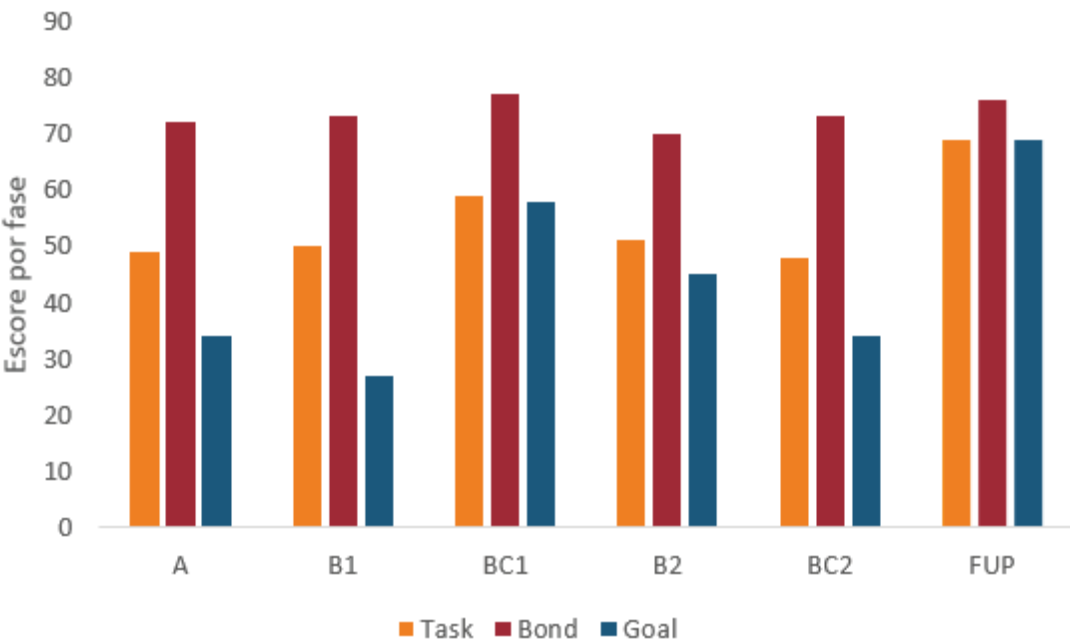


Figura 12: Escores para o cliente George no WAI

Os escores da terapeuta em relação a Alice indicaram um bom vínculo terapêutico nas três dimensões, desde o início da coleta de dados. O teste de Friedman apontou diferença significativa entre a fase A e o *follow-up* na dimensão Vínculo/*Bond* ($p=0,012$). Essa diferença, no entanto, não foi confirmada pelo teste complementar DMS.

Os escores relativos a George apresentaram melhora significativa entre as fases para as dimensões Tarefas/*Task* ($p= 0,007$) e Objetivos/*Goal* ($p= 0,00008$), ambos confirmados pelo teste complementar DMS. Para Tarefas/*Task*, a diferença foi constatada entre a fases A e o *follow-up*. Para Objetivos/*Goal*, a diferença ocorreu entre as fases B1 e follow-up, e BC2 e *follow-up*.

Discussão

O presente estudo teve como objetivo investigar os efeitos do uso de uma atividade estruturada, como forma de evocação, sobre a frequência de Comportamentos Clinicamente Relevantes de dois clientes. Para isso, foi utilizado um delineamento do tipo intrassujeito com replicação sistemática, sendo as sessões gravadas, transcritas e, por fim, categorizadas por meio do instrumento FAPRS (Callaghan et al., 2008).

Os dados obtidos por meio da FAPRS possibilitaram a condução de uma análise de Probabilidade Transicional, a fim de identificar qual a probabilidade de emissão de comportamentos clinicamente relevantes de melhora ou problemáticos mediante códigos de evocação da terapeuta. O delineamento escolhido, por sua vez, permitiu uma comparação entre as condições de linha de base e FAP com e sem o uso de uma atividade estruturada.

Os resultados da análise de probabilidade transicional indicaram de forma consistente, para ambos os clientes, uma maior probabilidade de emissão de CRB2 nas fases BC, principalmente após os códigos ERBC, que representaram a evocação por meio das cartas *Dixit*®. Quanto à porcentagem dos códigos, observou-se o aumento na frequência de CRB2 quando as fases BC foram introduzidas, em comparação à frequência da fase anterior. Ambos os dados indicam a possibilidade de que o uso das cartas tenha exercido um efeito evocativo maior sobre comportamentos de melhora. Vale ressaltar que a consistência deste dado ocorreu mesmo com o controle da inserção da variável independente, por meio da inversão das fases entre os clientes.

As fases A e B, por sua vez, apresentaram poucas discrepâncias quanto à frequência dos códigos e probabilidade de emissão de CRB1 ou CRB2. Esses dados levantam questões importantes sobre o papel da evocação direta e por meio de atividades estruturadas como mecanismos de mudança na FAP. Além disso, é possível o discutir o efeito da introdução da própria FAP, comparando-se com os dados obtidos na fase A.

A conceituação do caso e os próprios resultados permitem identificar George como um cliente com mais dificuldades interpessoais, pois apresentava comportamentos de esquiva em sessão (considerados CRB1) com muito mais frequência, especialmente mediante intervenções de natureza evocativa. Isso se tornou especialmente notável após a introdução da FAP na fase B1, na qual se constatou um aumento da frequência e probabilidade de emissão de CRB1. Em sessão, era comum George afirmar que via a terapia como um espaço para somente desabafar, e que tinha dificuldades em se engajar em mudanças.

A análise de Probabilidade Transicional indicou que a emissão de comportamentos problema de George após os códigos ERB, em todas as fases, era a mesma da linha de base. Essa probabilidade foi invertida nas fases BC, dada a ocorrência dos códigos ERBC, com maior predominância de CRB2. Isso permite supor que o uso das cartas possibilitou evocações com maior probabilidade de comportamentos de melhora, exercendo impacto significativo na frequência desses comportamentos.

O caso de Alice, mesmo com uma maior porcentagem e probabilidade de emissão de CRB2 maior em todas as fases, também indicou que as evocações representadas pelo código ERBC tiveram maior probabilidade de serem seguidas por comportamentos de melhora do que mediante evocação direta. Essa probabilidade também se refletiu nas porcentagens de CRBs ao longo das fases.

Embora Alice e George apresentassem alguns pontos em comum em suas conceituações de caso, é possível afirmar que foram casos bastante distintos, em termos de função dos comportamentos em sessão e fora dela, habilidades relacionadas à expressão emocional e estabelecimento de intimidade, engajamento nas atividades propostas, entre outros fatores. Os resultados indicativos de que a probabilidade de emissão de comportamentos de melhora foi consistentemente maior mediante o uso das cartas em ambos os casos, refletindo também na porcentagens de CRBs, é um dado importante.

Um dos possíveis motivos para essa melhora consistente foi a natureza da atividade estruturada escolhida, as cartas do jogo *Dixit*®. Ao possibilitar a elaboração de metáforas, é possível considerar que a atividade pode ter apresentado propriedades discriminativas, sinalizando que temas considerados difíceis pelos clientes (como *feedbacks* sobre a terapia) poderiam ser discutidos de forma indireta, e não seriam punidos. Além disso, os desenhos das cartas possibilitaram múltiplas interpretações e análises, de acordo com a história de vida do cliente e as orientações da terapeuta. Assim, o efeito das cartas em sessão pode ser interpretado como estimulação suplementar, pois permitiram à terapeuta inferir sobre diferentes aspectos da história verbal dos clientes com base em padrões de desenho sem significados pré-estabelecidos (Skinner, 1953).

Esses efeitos também pode ser observados em outro estudo realizado com as cartas do *Dixit*® (Mousnier, Knaff, & Es-Salmi, 2016). Embora tenha sido um estudo qualitativo, conduzido sob outra perspectiva teórica, a constatação dos autores de que as atividades com as cartas possibilitaram aos participantes desenvolver metáforas sobre si mesmos, reformulando suas demandas, permite supor que o uso das cartas também exerceu um efeito evocativo importante. O uso das cartas, assim, possibilitou o acesso a relatos mais acurados sobre emoções dentro da dinâmica familiar, o que podem ser considerados comportamentos de melhora, dada a afirmação dos autores de que esses relatos possibilitaram intervenções mais efetivas (Mousnier et al., 2016).

Outro fator importante a ser discutido é o impacto que a introdução da FAP sem o uso das cartas (fase B) exerceu sobre a frequência e probabilidade de emissão de verbalizações correspondente aos códigos ao longo das sessões. Mesmo com a inversão na ordem das fases entre os participantes, os resultados obtidos nas fases B não indicaram aumento na frequência de CRB2. No caso de George, houve ainda uma queda na frequência de CRB2 na fase B1, e para ambos os participantes se constatou relativa estabilidade de CRB1 ao longo das fases.

Embora tenha sido esperado que houvesse um aumento na frequência de CRB2 e redução na frequência de CRB1 nas fases B, sessões mais evocativas podem produzir um aumento de comportamentos problemáticos relacionados à esquiva (Busch et al., 2009; Kohlenberg & Tsai, 1991b). No caso de George, cuja introdução da FAP ocorreu sem as cartas, na fase B1, esse parece ter sido o caso. Do mesmo modo, outros estudos que utilizaram os códigos da FAPRS já haviam apresentado resultados nos quais não foram constatadas melhoras imediatas após a introdução da FAP.

No estudo de Busch et al. (2009), a FAP foi introduzida após cinco sessões de avaliação e cinco sessões de Terapia Cognitivo-Comportamental. A frequência de CRB1 atingiu sua frequência máxima na primeira sessão FAP, apresentando uma redução a partir da sessão 18, mantendo estabilidade até a última sessão. A frequência de CRB2 obteve um aumento significativo após a introdução da FAP, mas teve sua frequência instável ao longo das sessões seguintes.

Os resultados do estudo de Dias e Silveira (2016), que visou comparar terapia comportamental de casais com a Psicoterapia Analítica Funcional, indicaram um aumento na frequência de CRB1 com a introdução da FAP para um dos dois clientes. No caso do estudo de Lizarazo et al. (2015), a frequência de CRB1 aumentou mediante a introdução da FAP, sendo reduzida gradualmente ao longo das sessões, para dois dos três participantes. Para os mesmos participantes, não foi constatado aumento suficiente na frequência de CRB2, de modo que as frequências se invertessem. Em relação aos dados de Mayo e Graciano (2014), foi constatado um aumento na frequência de CRB1 após a introdução da FAP para três dos quatro participantes, sem mudanças significativas imediatas na frequência de CRB2.

Um ponto em comum entre os estudos citados foi a forma gradual na qual ocorreu a redução da frequência de CRB1 e aumento da frequência de CRB2, para a maioria dos participantes das pesquisas, indicando processos de aprendizagem. Embora George e Alice

tenham apresentado melhoras discretas nas fases B2, as porcentagens de frequências e probabilidade transicional indicam um processo de melhora gradual.

É importante ressaltar que, em outros estudos, a introdução da FAP exerceu efeitos positivos imediatos. Os resultados apresentados por Oshiro, Kanter e Meyer (2012) indicaram de forma consistente um aumento na frequência de CRB2 e redução de CRB1 nas fases em que a FAP foi utilizada, ocorrendo inversão imediata nas frequências mediante a retirada da FAP. No caso do estudo de Vartanian (2017), no qual a FAP foi apresentada com e sem o componente da evocação direta, os resultados indicaram que, sem a evocação, houve predominância de CRB1 para ambos os clientes. Com a evocação direta, ocorreu uma inversão de frequências, com aumento de CRB2 e redução de CRB1.

Alguns fatores, porém, devem ser levados em conta ao se apontar semelhanças e diferenças entre os resultados da presente pesquisa e os de outras pesquisas. Dentre esses fatores estão o delineamento escolhido, características dos clientes e terapeutas, detalhamento dos casos, formas de categorização, quantidade de sessões por fase, intervenções realizadas, entre outros.

Uma importante discrepância entre os estudos é a forma de categorização das sessões. Enquanto a presente pesquisa contou com a participação de categorizadores independentes, em algumas das pesquisas, a categorização foi realizada pelo pesquisador e/ou terapeuta (Oshiro et al., 2012; Vartanian, 2017). A escolha por categorizadores independentes, ao mesmo tempo que fortalece o controle experimental ao reduzir possíveis vieses pessoais, possibilita diferentes interpretações sobre as mesmas classes de comportamentos, mesmo com um cálculo de concordância satisfatório.

Além disso, optou-se na presente pesquisa pela utilização dos códigos originais apresentados na FAPRS, apenas com a adição do código ERBC, enquanto que outras pesquisas utilizaram categorias individualizadas ou combinadas com as Cinco Regras

(Lizarazo et al., 2015; Mayo & Graciano, 2014; Vartanian, 2017). A escolha do sistema de códigos é um fator importante, pois influencia a identificação de quais mecanismos de mudança estão ocorrendo no momento. Embora o uso das categorias originais da FAPRS tenha sido favorável por possibilitar a comparação com outros estudos e facilitar replicações, o uso de mais categorias individualizadas poderia ter tornado o instrumento mais sensível às características dos clientes e das intervenções realizadas.

Deve-se considerar também possíveis efeitos do uso das cartas sobre a própria evocação direta, em especial no caso de Alice, para quem a FAP foi introduzida na fase BC, com o uso da atividade estruturada. É possível interpretar que o uso das cartas tenha sinalizado a ausência de punição para determinados relatos, o que não ocorreu quando a atividade estruturada foi retirada. Vale ressaltar ainda que as evocações diretas que ocorreram nas fases BC tiveram maior probabilidade de evocar comportamentos de melhora do que as evocações diretas das fases B, para ambos os participantes.

Outro ponto a ser discutido, dada a comparação entre a frequência de códigos ao longo das fases é a frequência de códigos FAP nas Fases A (como ERB, CRB1, CRB2 e TRB1), para ambos os participantes e terapeuta. A ocorrência de códigos da FAP em fases de linha de base ou de outras terapias que não sejam a FAP também foi constatada em outros estudos, em diferentes frequências (Busch et al., 2009; Dias & Silveira, 2016; Lizarazo et al., 2015; Oshiro et al., 2012; Vartanian, 2017). Algumas hipóteses podem ser levantadas em relação a esse dado na presente pesquisa. Primeiramente, de que a ocorrência de comportamentos clinicamente relevantes tenha sido em função de um contexto terapêutico no qual já existia um vínculo bem estabelecido, e não especificamente do uso de técnicas da FAP (Busch et al., 2009).

Segundo, embora os categorizadores não tenham sido cegos em relação aos objetivos do presente estudo, eles não foram informados sobre a duração das fases ou em que momento

a FAP seria introduzida. Desse modo, embora o foco da fase A fosse intervenções relacionadas a contingências fora da relação terapêutica, é possível que falas da terapeuta tenham sido interpretadas como evocações ou respostas contingentes a comportamentos dos clientes, mesmo sem a implementação da interação lógica da FAP.

Como exemplo, na descrição breve dos códigos contida no Manual da FAPRS, o código ERB é descrito como “terapeuta evoca um comportamento clinicamente relevante do cliente, seja CRB1, 2 ou 3” (Callaghan & Follette, 2008, p. 65). Embora, em outro trecho, o manual especifique que esse código é independente do código seguinte, do cliente - ou seja, que a evocação não seria necessariamente seguida por um CRB - é possível que, mediante a emissão de um CRB, os categorizadores tenham considerado a fala anterior da terapeuta como evocativa.

Terceiro, apesar de os treinos da terapeuta e dos categorizadores terem incluído a conceituação dos casos e o Manual da FAPRS, os treinos foram conduzidos separadamente. O treino da terapeuta incluiu também um roteiro com instruções práticas envolvendo o código ERB (Apêndice C), como possíveis topografias de falas evocativas e exemplos de trechos de sessão, além de um treino prático com a orientadora da presente pesquisa. Desse modo, é possível que os treinos, embora necessariamente conduzidos de forma separada, possam ter influenciado na diferença da compreensão de comportamentos que pudessem exercer a função de evocação direta. Finalmente, não se pode deixar de considerar a possibilidade da falta de controle de variáveis, no caso, de uma aplicação sistemática da interação lógica da FAP e/ou da compreensão dos categorizadores a respeito dos códigos da FAPRS.

Outro dado importante foi a baixa frequência de CRB3, para ambos os clientes, ao longo de todas as fases. Um fator que pode ter contribuído para essa baixa frequência foi a conceituação dos casos. Como se pode observar na descrição dos casos e nas Tabelas 6 e 7, Alice apresentava muita dificuldade em fazer análises acuradas de seu comportamento,

recusando-se a falar sobre eles ou atribuindo sua causa a sentimentos (exemplo: “fiz isso porque me senti mal”). Essa esquivia em analisar o próprio comportamento tinha a possível função de evitar entrar em contato com eventos aversivos em sessão, e dificultava o estabelecimento de interações mais próximas entre a terapeuta e Alice. Por esses motivos, essa classe de comportamentos foi considerada um comportamento clinicamente relevante problemático (CRB1).

George, como Alice, também apresentava dificuldades em fazer análises acuradas de seu próprio comportamento. Porém, enquanto a dificuldade de Alice parecia ser relacionada à esquivia em entrar em contato com sentimentos aversivos, no caso de George, essa limitação parecia ser relacionada à sua esquivia em estabelecer objetivos terapêuticos. Desse modo, como se observa na conceituação do caso, o cliente costumava se esquivar quando a terapeuta solicitava análises de possíveis antecedentes e consequências de seu comportamento, mudando de assunto ou atribuindo a causa de seus problemas a terceiros.

Assim, para ambos os casos, fazer análises acuradas, descrevendo antecedentes e consequências de suas respostas, poderia ser considerado um CRB2, caso os categorizadores considerassem que houve um impacto positivo na relação terapêutica. Além disso, em casos da possibilidade de dois códigos em uma mesma fala, os categorizadores foram instruídos a levar em conta a hierarquia fornecida pelo Manual da FAPRS, que considera a ocorrência de um CRB2 prioritária à de um CRB3 (Callaghan & Follette, 2008).

No tocante à evocação, Lizarazo et al. (2015) sugeriram que intervenções com a Regra 2 sem o responder contingente não teriam um impacto substancial na frequência de CRB2, podendo ainda ter o efeito de evocar CRB1. Embora esse efeito tenha sido observado após a introdução da FAP com o cliente George, não é possível afirmar que esse resultado tenha ocorrido exclusivamente por conta da evocação, já que, na presente pesquisa, a evocação direta e o responder contingente estiveram presentes em todas as fases após a linha de base.

No entanto, nas fases BC, nas quais ocorreu a evocação por meio das cartas do *Dixit*®, um aumento importante na porcentagem de CRB2 ocorreu para ambos os participantes, em comparação com as fases anteriores. Considerando que as demais regras da FAP, incluindo a Regra 3, foram utilizadas em todas as fases a partir da linha de base, é possível afirmar que o uso das cartas exerceu um efeito sobre o aumento de CRB2, confirmado pela análise de Probabilidade Transicional. Assim, não é possível afirmar que intervenções com a Regra 2, em geral, não exerçam efeitos sobre a frequência de CRB2. É importante ressaltar também os resultados de Vartanian (2017), que indicaram consistentemente o impacto da evocação direta sobre a frequência de CRB2.

Outra questão levantada por Lizarazo et al. (2015) foi que, em terapias de longa duração, a evocação direta não seria necessária, já que comportamentos clinicamente relevantes ocorreriam espontaneamente ao longo do processo terapêutico. Essa afirmação é condizente, em partes, com os efeitos transitórios atribuídos às condições antecedentes, incluindo a evocação, pois a consequência seria responsável pelos efeitos duradouros no repertório comportamental dos clientes. Desse modo, ao longo do tempo, as mudanças no repertório dos clientes, graças ao responder contingente, tornariam cada vez menos necessária a necessidade de evocação de CRBs.

No entanto, a quantidade de tempo necessária para que a alteração de repertório ocorra é variável de acordo com os clientes, incluindo clientes que estão em processo terapêutico de longo prazo. No caso do presente estudo, a terapia de ambos já estava em andamento, com o vínculo terapêutico bem estabelecido, antes do início da coleta de dados. No caso de Alice, embora predominante, a frequência de CRB2 foi sensível à mudança de fases, e no caso de George, a frequência de CRB2 obteve aumento substancial apenas na última fase, com a reintrodução das cartas. Esse dado sugere que a evocação foi relevante para ambos os casos, independente da passagem do tempo. É possível afirmar, assim, que a necessidade de

evocação – direta ou por meio de atividades estruturadas – dependeria mais da conceituação do caso, do que do tempo de duração do processo terapêutico. Ainda assim, esse dado indica a necessidade de pesquisas com terapias que estejam em andamento há mais tempo.

Sobre o responder da terapeuta, um dado relevante a ser observado é a frequência aumentada de TRB2 nas fases BC, comparando-se com a frequência da fase anterior. Esse dado se mostrou consistente para ambos os clientes. Embora o foco da presente pesquisa fosse avaliar o impacto da introdução da atividade estruturada como forma de evocação de CRB2, é possível que o uso das cartas também tenha exercido efeitos sobre o responder contingente da terapeuta. A maior frequência de CRB2 e TRB2 nas sessões em que as cartas foram utilizadas sugere a possibilidade de o uso das cartas ter exercido também a função de operação motivadora, estabelecendo um maior valor reforçador ao responder contingente da terapeuta.

Outro ponto importante é a ausência de códigos ERBC nas sessões 8 de Alice e 12 de George, sendo que as referidas sessões compuseram a fase BC. A inexistência do código, referente à evocação com as cartas, ocorreu porque os instrumentos foram aplicados no início da última sessão de cada fase, o que tornou as sessões mais curtas. Desse modo, embora a terapeuta fosse orientada a introduzir as cartas nessas sessões, era prioritário que atendesse a temáticas urgentes que os clientes trouxessem, apresentando as cartas de forma pertinente aos conteúdos discutidos em sessão. Nas demais sessões com tempo reduzido, as cartas foram apresentadas.

Os resultados obtidos por meio do instrumento OQ-45 (Carvalho & Rocha, 2009) e IHS-Del Prette (Del Prette & Del Prette, 2001) indicaram que não houve mudança estatisticamente significativa nos escores ao longo das fases, para ambos os instrumentos. Sobre o instrumento OQ-45, o fator Desconforto Subjetivo obteve altas pontuações para ambos os participantes. Esse fator avalia aspectos referentes a transtornos de humor, depressão, ansiedade e abuso de substâncias (Silva, 2013).

A alta pontuação em Desconforto Subjetivo é compatível com as queixas apresentadas pelos clientes ao longo da coleta de dados. Alice frequentemente relatava dificuldades em sair da cama durante dias, falta de motivação e auto-medicação para “se livrar do sofrimento”. George relatava falta de motivação para o trabalho, lazer e outras atividades, afirmando não ter perspectivas futuras.

George também apresentou escores clínicos nas demais dimensões do OQ-45, em praticamente todas as fases. A dimensão Relações Interpessoais mensura a satisfação e possíveis problemas do respondente em seus relacionamentos, enquanto que o Desempenho no Papel Social avalia sentimentos de inadequação em ambientes sociais como trabalho, amigos e família (Silva, 2013). George relatava problemas interpessoais em todos os ambientes nos quais frequentava (familiar, estudos, trabalho, relacionamentos amorosos), sendo raros os relatos de interações que lhe foram satisfatórias.

Sobre os resultados do IHS-Del Prette, ambos os clientes obtiveram os menores escores no fator F3, “Conversação e desenvoltura social”. Esse fator mensura a capacidade de interagir socialmente em situações consideradas neutras em termos de expressão de afeto (Del Prette & Del Prette, 2001). Para ambos os clientes, a questão “recusar pedidos abusivos” obteve as pontuações mais baixas. Embora a descrição desse fator no manual considere as situações ilustradas pelo F3 como neutras, sem sinalização de conflitos, é possível considerar que, para ambos os clientes, comportamentos como a recusa de pedidos abusivos e pedir favores a colegas têm um histórico de punição.

No caso de Alice, a dificuldade em recusar pedidos abusivos e em pedir favores, mesmo a pessoas próximas, foi parte de sua queixa inicial. A dificuldade de George nessa área foi identificada ao longo das sessões, especialmente em relação à sua ex-namorada. Esses foram repertórios construídos ao longo de uma história de aprendizagem, e que também foram reproduzidos no contexto terapêutico sob a forma de comportamentos problemáticos.

Os resultados do instrumento FIAT-Q (Callaghan, 2006) indicaram mudanças significativas no escores da Classe C para ambos os clientes, em diferentes fases. A Classe C do FIAT-Q se refere a comportamentos relacionados ao controle discriminativo e repertórios de respostas problemáticos na área de conflitos. No caso de Alice, o principal problema era relacionado a um repertório de esquiva excessivamente apaziguador (*excessive appeasing or conciliatory responses*), no qual se busca antecipar as necessidades do outro, enquanto as próprias necessidades não são atendidas (Callaghan, 2006). Esse problema também parecia ser funcionalmente relacionado a outras áreas identificadas com altos escores pelo FIAT-Q da cliente: Asserção de Necessidades, Abertura e Proximidade Interpessoal e Experiência e Expressão Emocional.

No caso de George, o problema com conflitos parecia se relacionar mais com a falta de disposição para se engajar em conflitos (*unwillingness to compromise in conflict*), pois o cliente reconhecia a existência de conflitos, mas os evitava para não entrar em contato com experiências emocionais consideradas aversivas (Callaghan, 2006). A esquiva de entrar em contato com eventos aversivos também parece funcionalmente relacionada a outra classe deficitária apontada pelo FIAT-Q de George, Abertura e Proximidade Interpessoal.

Embora o foco das sessões a partir do final da linha de base fosse comportamentos ocorridos na relação terapêutica, foram frequentes as sessões em que os clientes descreveram situações de conflito como causa de sofrimento intenso. Diante disso, a terapeuta priorizou o atendimento desses temas, antes de iniciar qualquer outro tipo de intervenção. Assim, é possível que, mesmo não sendo o “foco” das intervenções terapêuticas, a urgência do desenvolvimento desse repertório para ambos os clientes nessa classe foi perceptível nas mudanças avaliadas pelo FIAT-Q.

É possível afirmar que diversos problemas mensurados pelo OQ-45, FIAT-Q e IHS-Del Prette relacionaram-se funcionalmente a comportamentos que ocorreram dentro do

contexto terapêutico, sob a forma de CRB1. Dentre esses comportamentos problemáticos, pode-se nomear a esquiva de fornecer feedbacks à terapeuta como forma de evitar conflitos; a esquiva em fazer certos relatos ou análises do próprio comportamento por conta da dificuldade em entrar em contato com eventos privados aversivos; entre muitos outros.

Embora esses comportamentos tenham sido alvo de intervenções dentro da relação terapêutica e tenham sido constatadas melhoras por meio da verificação da frequência de CRBs, essas mudanças podem levar mais tempo para serem generalizadas para contextos fora da sessão. Tendo em vista que a presente pesquisa abrangeu apenas um fragmento dos processos terapêuticos, é possível que essas mudanças não fossem perceptíveis em medidas de resultados.

Além do tempo necessário para a generalização das melhoras para contextos fora da sessão, outros fatores podem ter exercido impacto nos escores dos instrumentos. Primeiramente, os resultados dos instrumentos são suscetíveis a variáveis que fogem ao controle da pesquisa, como acontecimentos recentes ocorridos fora do contexto terapêutico, considerando ainda que os instrumentos foram preenchidos no início das sessões.

Dentre esses acontecimentos, Alice relatou, ao longo da coleta de dados, frequentes conflitos com as colegas com quem dividia o apartamento, bem como conflitos em relação ao ex-namorado. George, por sua vez, enfrentou diversas dificuldades financeiras e teve seu contato com o enteado restrito pela ex-namorada. Assim, além do impacto nos escores dos instrumentos, esses problemas não poderiam ser ignorados nas intervenções, independentemente dos objetivos da pesquisa. É importante observar que, além de discutir sobre esses problemas em sessão, a terapeuta aconselhou a Alice o retorno ao tratamento psiquiátrico e indicou um psiquiatra a George. Até o momento do *follow-up*, apenas Alice havia buscado atendimento psiquiátrico.

Outro aspecto importante que pode influenciar os resultados dos instrumentos é o de que, por serem preenchidos pelos próprios clientes, os instrumentos podem ser suscetíveis à compreensão dos clientes a respeito das questões e à discriminação de suas próprias habilidades e dificuldades. Embora a terapeuta estivesse disponível para responder qualquer dúvida a respeito do preenchimento ou do conteúdo das questões, não se pode assegurar que os clientes tiveram a mesma compreensão das questões. Também não é possível assegurar que os clientes apresentaram o mesmo repertório de auto-conhecimento ao longo de todo o processo terapêutico.

A dificuldade em relacionar os dados obtidos pelos instrumentos, em especial o IHS-Del Prette e o OQ-45, com os procedimentos realizados ao longo da pesquisa também foram constatados na pesquisa de Vartanian (2017), com o OQ-45. Meyer e Oshiro (2019), ao discutir características de vinte e oito pesquisas empíricas em psicoterapia, observaram que a realização de medidas de eventos fora da sessão “não têm produzido dados satisfatórios” (Meyer & Oshiro, 2019, p. 69). Ainda assim, a importância do uso dos instrumentos para o enriquecimento da conceituação dos casos, avaliações dos repertórios comportamentais atuais dos clientes e acompanhamento de evoluções clínicas têm sido reconhecida em diversas pesquisas (Callaghan, 2006; Callaghan, Summers, & Weidman, 2003; Lizarazo et al., 2015; Mayo & Graciano, 2014; Vartanian, 2017).

Quanto ao instrumento WAI (Horvath & Greenberg, 1989), aplicado com a terapeuta da pesquisa para avaliar a relação terapêutica, observou-se uma mudança estatisticamente significativa na relação com Alice na dimensão *Bond* (Vínculo), que inclui sentimentos de confiança, aceitação, colaboração mútua e afeto terapêutico. Nas demais dimensões, é possível observar que os escores se mantiveram altos desde a fase A, o que pode ser indicativo do efeito teto, no qual se constata o atingimento do limite superior dos escores desde o início (Manolov, Gast, Perdices, & Evans, 2014). Esse efeito também foi constatado

no estudo de Maitland e Gaynor (2016), que indicaram diferença moderada nos escores do WAI ao comparar a condição FAP com outro tipo de terapia.

No caso de George, constatou-se uma melhora significativa nas dimensões *Task* (Tarefa), que avalia a percepção do terapeuta sobre o engajamento do cliente no processo terapêutico, e *Goal* (Objetivo), que indica a compreensão de que terapeuta e cliente estão em concordância sobre objetivos do processo terapêutico. Esse dado é especialmente importante ao se considerar a conceituação de caso de George, já que um dos principais comportamentos problemáticos era a dificuldade em estabelecer objetivos terapêuticos e engajar o cliente em mudanças. Os dados do WAI indicaram uma melhoria geral na percepção da terapeuta sobre a relação terapêutica com Alice e George ao longo das sessões, independentemente da mudança de fases. Esse dado representa um desenvolvimento progressivo do vínculo terapêutico, essencial para a aplicação de intervenções da FAP.

Conclusão

A presente pesquisa buscou aprofundar a compreensão do papel da Regra 2, em especial o uso de uma atividade estruturada como forma de evocação, como mecanismo de mudança na FAP. Esse foi o primeiro estudo empírico a empregar uma atividade estruturada como forma de evocação na FAP, avaliando sua influência na frequência de comportamentos clinicamente relevantes de dois clientes adultos.

Aspectos importantes do presente estudo foram o uso do instrumento FAPRS (Callaghan & Follette, 2008) e de análises estatísticas de porcentagem total e Probabilidade Transicional, pois possibilitaram uma análise em um nível molecular, ou seja, a interação momento-a-momento entre clientes e terapeuta. Análises da interação da díade terapêutica em nível molecular, principalmente quando enriquecidas por análises de probabilidade, possibilitam uma descrição mais precisa e aprofundada de um processo terapêutico (Busch et al., 2009). Além disso, pesquisas empíricas que aprofundem a investigação sobre componentes dos mecanismos de mudança auxiliam no aprimoramento dos tratamentos, ao identificar o impacto e utilidade de cada componente (Landes, Kanter, Weeks, & Busch, 2013).

A presente pesquisa também teve diversas limitações, que também podem ser consideradas direções importantes para futuras pesquisas empíricas com a FAP. Primeiramente, o delineamento de caso único é limitado em termos de generalizações, considerando o aspecto idiossincrático das análises e intervenções. Ainda assim, esse delineamento possibilita o levantamento de dados consistentes em termos de confiabilidade e identificação de relações funcionais entre variáveis de interesse (Perone & Hursh, 2013). Por esse e outros motivos, delineamentos de caso único têm sido utilizados frequentemente em pesquisas empíricas com a FAP (Kanter et al., 2017).

Outra limitação foi a alta frequência de códigos da FAP na linha de base, o que dificultou mensurar o impacto da introdução da FAP no comportamento dos clientes. Essa frequência pode ser indicativa de uma limitação na aplicação sistemática da FAP ou na categorização das sessões. Sugere-se, para futuras pesquisas empíricas na FAP, a estruturação de treinos que aprofundem a compreensão código-a-código do sistema FAPRS, incluam a categorização de mais sessões e discussões sobre cada código, e, conseqüentemente, contem com maior carga horária. Vale enfatizar a importância do cálculo de concordância entre categorizadores como forma de garantir a validade interna dos estudos.

Além disso, por conta dos objetivos da presente pesquisa, e do período de tempo disponível para as análises, optou-se por incluir no cálculo de Probabilidade Transicional apenas as verbalizações do *lag* seguinte aos códigos ERB e ERBC. Essa decisão possibilitou verificar o impacto imediato da evocação sobre o comportamento dos clientes, mas não permitiu uma análise aprofundada do responder contingente da terapeuta ao longo de períodos maiores de interação. A fim de identificar a relação entre a evocação e o responder contingente, sugere-se que futuras pesquisas incluam mais *lags* para o cálculo, e empreguem análises estatísticas mais complexas, como o *lag sequential analysis* (Bakeman & Gottman, 1997).

Por fim, uma limitação do estudo foi a escolha dos instrumentos, considerando que os escores obtidos para ambos os participantes não foram sensíveis à mudança de fases, nem ao tratamento em geral, com exceção dos instrumentos FIAT-Q e WAI. Sugere-se que futuras pesquisas empreguem instrumentos que, além de avaliar o progresso clínico do cliente, possibilitem uma investigação mais aprofundada do impacto das sessões e intervenções no contexto e linguagem da FAP. Exemplos de instrumentos são os formulários contidos nos Apêndices do livro “Um guia para a Psicoterapia Analítica Funcional (FAP): Consciência, Coragem, Amor e Behaviorismo” (Tsai et al., 2009), e os demais formulários do sistema FIAT

(Callaghan, 2006), sendo que alguns possibilitam análises quantitativas e outros, qualitativas, dos resultados. Estudos que utilizem outros tipos de atividades estruturadas, com diferentes perfis de participantes poderão auxiliar ainda mais na compreensão a respeito da evocação e, consequentemente, a respeito da FAP como um todo.

Referências

- Aureliano, L. F. G., & Borges, N. B. (2012). Operações motivadoras. In N. B. Borges & F. A. Cassas (Eds.), *Clínica analítico-comportamental: aspectos teóricos e práticos* (pp. 32–39). São Paulo: Artmed.
- Bakeman, R., & Gottman, J. M. (1997). *Observing Interaction: An introduction to Sequential Analysis* (2nd ed.). New York: Cambridge University Press.
<https://doi.org/10.1017/cbo9780511527685>
- Barlow, D. H., & Hayes, S. C. (1979). Alternating treatments design: one strategy for comparing the effects of two treatments in a single subject. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 12(2), 131–136. <https://doi.org/10.1901/jaba.1979.12-199>
- Busch, A. M., Kanter, J. W., Callaghan, G. M., Baruch, D. E., Weeks, C. E., & Berlin, K. S. (2009). A Micro-Process Analysis of Functional Analytic Psychotherapy's Mechanism of Change. *Behavior Therapy*, 40(3), 280–290.
<https://doi.org/10.1016/j.beth.2008.07.003>
- Callaghan, G. M. (2006). The Functional Idiographic Assessment Template (FIAT) System. *The Behavior Analyst Today*, 7(3), 357–398. <https://doi.org/10.1037/h0100160>
- Callaghan, G. M., & Follette, W. C. (2008). FAPRS Manual: Manual for the Functional Analytic Psychotherapy Rating Scale. *Behavior Analyst*, 9(1), 57–97.
<https://doi.org/http://dx.doi.org/10.1037/h0100649>
- Callaghan, G. M., Follette, W. C., Ruckstuhl, L. E., & Linnerooth, P. J. N. (2008). The Functional Analytic Psychotherapy Rating Scale (FAPRS): A behavioral psychotherapy coding system. *The Behavior Analyst Today*, 9(1), 98–116.
<https://doi.org/10.1037/h0100648>
- Callaghan, G. M., Summers, C. J., & Weidman, M. (2003). The Treatment of Histrionic and Narcissistic Personality Disorder Behaviors: ... *Journal of Contemporary Psychotherapy*, 33(4), 321–339. <https://doi.org/10.1023/B:JOCP.00000004502.55597.81>
- Carvalho, L. de F., & Rocha, G. M. A. (2009). Tradução e adaptação cultural do Outcome Questionnaire (OQ-45) para o Brasil. *Psico-USF*, 14(3), 309–316.
- Cohen, J. (1960). A coefficient of agreement for nominal scales. *Educational and Psychological Measurement*, 20(1), 37–46.
<https://doi.org/10.1177/001316446002000104>
- Da Cunha, R. N., & Isidro-Marinheiro, G. (2005). Operações estabelecidas: um conceito de motivação. In J. Abreu-Rodrigues & M. R. Ribeiro (Eds.), *Análise do comportamento: pesquisa, teoria e aplicação* (pp. 27–44). São Paulo: Artmed.
- Del Prette, Z. A. P., & Del Prette, A. (2001). Inventário de Habilidades Sociais (IHS - Del Prette): Manual de Aplicação, aplicação e interpretação.
- Dias, A. M. da S., & Silveira, J. M. (2016). Comparação de duas intervenções no tratamento de um casal: O treino do comportamento vulnerável à punição. *Acta Comportamentalia*, 24(1), 61–77. Retrieved from
<http://www.revistas.unam.mx/index.php/acom/article/view/54713/48629>

- Edwards, T. L., Lotfizadeh, A. D., & Poling, A. (2019). Motivating operations and stimulus control. *Journal of the Experimental Analysis of Behavior*, 112(1), 1–9.
<https://doi.org/10.1002/jeab.516>
- Gifford, E. V., Kohlenberg, B. S., Hayes, S. C., Pierson, H. M., Piasecki, M. P., Antonuccio, D. O., & Palm, K. M. (2011). Does Acceptance and Relationship Focused Behavior Therapy Contribute to Bupropion Outcomes? A Randomized Controlled Trial of Functional Analytic Psychotherapy and Acceptance and Commitment Therapy for Smoking Cessation. *Behavior Therapy*, 42(4), 700–715.
<https://doi.org/10.1016/j.beth.2011.03.002>
- Hayes, S. C., Hofmann, S. G., Stanton, C. E., Carpenter, J. K., Sanford, B. T., Curtiss, J. E., & Ciarrochi, J. (2018). The role of the individual in the coming era of process-based therapy. *Behaviour Research and Therapy*. <https://doi.org/S000579671830158X>
- Horvath, A. O., & Greenberg, L. S. (1989). Development and Validation of the Working Alliance Inventory. *Journal of Counseling Psychology*, 36(2), 223–233.
<https://doi.org/http://dx.doi.org/10.1037/0022-0167.36.2.223>
- Jackson, C. H. (2011). Multi-state models for panel data: The msm package for R. *Journal of Statistical Software*. American Statistical Association.
<https://doi.org/10.18637/jss.v038.i08>
- Kanter, J. W., Manbeck, K. E., Kuczynski, A. M., Maitland, D. W. M., Villas-Bôas, A., & Reyes, M. A. (2017). A comprehensive review of research on Functional Analytic Psychotherapy. *Clinical Psychology Review*, 58(February), 141–156.
<https://doi.org/10.1016/j.cpr.2017.09.010>
- Kohlenberg, R. J., & Tsai, M. (1991a). *Functional Analytic Psychotherapy : Creating Intense and Curative Therapeutic Relationships*. Springer US.
- Kohlenberg, R. J., & Tsai, M. (1991b). *Functional Analytic Psychotherapy*. Boston, MA: Springer US. <https://doi.org/10.1007/978-0-387-70855-3>
- Kratochwill, T. R., Hitchcock, J. H., Horner, R. H., Levin, J. R., Odom, S. L., Rindskopf, D. M., & Shadish, W. R. (2013). Single-Case Intervention Research Design Standards. *Remedial and Special Education*, 34(1), 26–38.
<https://doi.org/10.1177/0741932512452794>
- Lambert, M. J., Burlingame, G. M., Umphress, V., Hansen, N. B., Vermeersch, D. A., Clouse, G. C., & Yanchar, S. C. (1996). The Reliability and Validity of the Outcome Questionnaire. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 3(4), 249–258.
[https://doi.org/10.1002/\(sici\)1099-0879\(199612\)3:4<249::aid-cpp106>3.3.co;2-j](https://doi.org/10.1002/(sici)1099-0879(199612)3:4<249::aid-cpp106>3.3.co;2-j)
- Lambert, M. J., Gregersen, A. T., & Burlingame, G. M. (2004). The Outcome Questionnaire-45. In *The use of psychological testing for treatment planning and outcomes assessment: Instruments for adults*. (M. E. Maru, pp. 191–234). Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates Publishers. Retrieved from <https://psycnet.apa.org/record/2004-14941-006>
- Landes, S. J., Kanter, J. W., Weeks, C. E., & Busch, A. M. (2013). The impact of the active components of Functional Analytic Psychotherapy on idiographic target behaviors. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 2, 49–57.
<https://doi.org/10.1016/j.jcbs.2013.03.004>
- Laraway, S., Snyderski, S., Michael, J., & Poling, A. (2003). Motivating Operations and terms

- to describe them: some further refinements. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 33(3), 407–414. <https://doi.org/10.1901/jaba.2003.36-407>
- Lizarazo, N. E., Muñoz-Martínez, A. M., Santos, M. M., & Kanter, J. W. (2015). A within-subjects evaluation of the effects of Functional Analytic Psychotherapy on in-session and out-of-session client behavior. *The Psychological Record*, 463–474. <https://doi.org/10.1007/s40732-015-0122-7>
- Machado, P. P. P., & Fassnacht, D. B. (2015). The Portuguese version of the Outcome Questionnaire (OQ-45): Normative data, reliability, and clinical significance cut-offs scores. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 88(4), 427–437. <https://doi.org/10.1111/papt.12048>
- Maitland, D. W. M., & Gaynor, S. T. (2016). Functional analytic psychotherapy compared with supportive listening: An alternating treatments design examining distinctiveness, session evaluations, and interpersonal functioning. *Behavior Analysis: Research and Practice*, 16(2), 52–64. <https://doi.org/10.1037/bar0000037>
- Maitland, D. W. M., Petts, R. A., Knott, L. E., Briggs, C. A., Moore, J. A., & Gaynor, S. T. (2016). A randomized controlled trial of functional analytic psychotherapy versus watchful waiting: Enhancing social connectedness and reducing anxiety and avoidance. *Behavior Analysis: Research and Practice*, 16(3), 103–122. <https://doi.org/10.1037/bar0000051>
- Manolov, R., Gast, D. L., Perdices, M., & Evans, J. J. (2014). Single-case experimental designs: Reflections on conduct and analysis. *Neuropsychological Rehabilitation*, 24(3–4), 634–660. <https://doi.org/10.1080/09602011.2014.903199>
- Mayo, A., & Graciano, A. E. (2014). *Cambios en las conductas clinicamente relevantes 3, tras el uso diferencial de reglas terapéuticas 2 y 3 dirigidas a la modificación de las conductas clinicamente relevantes 1 y 2 en la Psicoterapia Analítico Funcional*. Fundación Universitaria Konrad Lorenz. Bogotá, Colombia. Retrieved from <http://functionalanalyticpsychotherapy.com/wp-content/uploads/TESIS-CCR3-como-mededa-control-Graciano-y-Mayo.pdf>
- Meyer, S. B., & Oshiro, C. K. (2019). Linha de pesquisa “delineamento experimental de caso-único em sessões de psicoterapia”: decisões metodológicas. *Perspectivas Em Análise Do Comportamento*, 10(01), 064–075. <https://doi.org/https://doi.org/10.18761/PAC.TAC.2019.014>
- Michael, J. (1993). Establishing Operations. *The Behavior Analyst*, 2(16), 191–206. Retrieved from <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22478146>
- Michael, J. (2000). Implications and refinements of the establishing operation concept. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 33(4), 401–410. <https://doi.org/10.1901/jaba.2000.33-401>
- Michael, J. (2007). Motivating Operations. In J. O. Cooper, T. E. Heron, & W. L. Heward (Eds.), *Applied Behavior Analysis* (2nd ed.). Upper Saddle River, NJ: Prentice Hall/Merrill.
- Mousnier, E., Knaff, L., & Es-Salmi, A. (2016). Les cartes Dixit comme support aux représentations métaphoriques : un média d ’ intervention systémique sous mandat. *Thérapie Familiale*, 37(4), 363–386. <https://doi.org/10.3917/tf.164.0363>

- Nelson, K. M., Yang, J. P., Maliken, A. C., Tsai, M., & Kohlenberg, R. J. (2016). Introduction to Using Structured Evocative Activities in Functional Analytic Psychotherapy. *Cognitive and Behavioral Practice*, 23(4), 459–463. <https://doi.org/10.1016/j.cbpra.2013.12.009>
- Oshiro, C. K. B., Kanter, J., & Meyer, S. B. (2012). A single-case experimental demonstration of Functional Analytic Psychotherapy with two clients with severe interpersonal problems. *International Journal of Behavioral Consultation and Therapy*, 7(2–3), 111–116. <https://doi.org/10.1037/h0100945>
- Pereira, M. B. R. (2013). *A noção de motivação na análise do comportamento (Tese de Doutorado)*. Pontifícia Universidade Católica de São Paulo - PUC-SP.
- Perone, M., & Hursh, D. E. (2013). Single-case experimental designs. *APA Handbook of Behavior Analysis: Methods and Principles*, 1(1960), 107–126. <https://doi.org/10.1037/13937-005>
- Popovitz, J. M. B., & Silveira, J. M. (2014). A especificação do responder contingente do terapeuta na Psicoterapia Analítica Funcional. *Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva*, 16(1), 5–20. Retrieved from <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rbtcc/v16n1/v16n1a02.pdf>
- Rosen, G. M., & Davison, G. C. (2003). Psychology should list empirically supported principles of change (ESPS) and not credential trademarked therapies or other treatment packages. *Behavior Modification*, 27(3), 300–312. <https://doi.org/10.1177/0145445503253829>
- Roubira, J. L., & Cardouat, M. (2008). Dixit. Galápagos Jogos.
- Sampaio, A. A. S., De Azevedo, F. H. B., Cardoso, L. R. D., De Lima, C., Pereira, M. B. R., & Andery, M. A. P. A. (2008). Uma introdução aos delineamentos experimentais de sujeito único. *Interação Em Psicologia*, 12(1). <https://doi.org/10.5380/psi.v12i1.9537>
- Silva, S. M. da, Alves, I. C. B., Peixoto, E. M., Rocha, G. M. A., & Nakano, T. D. C. (2016). Outcome Questionnaire (OQ-45.2): avaliação das propriedades psicométricas via modelo bifactor e TRI. *Psico*, 47(4), 298. <https://doi.org/10.15448/1980-8623.2016.4.24600>
- Silva, S. M. (2013). *Escala de avaliação de resultados (Outcome Questionnaire) OQ-45.2: validade e precisão*. Universidade de São Paulo.
- Skinner, B. F. (1953). *Ciência e Comportamento Humano* (11th ed.). São Paulo: Martins Fontes.
- Skinner, B. F. (1957). *Verbal Behavior*. Eaglewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.
- Tsai, M., Fleming, A., Cruz, R., Hitch, J., & Kohlenberg, R. . (2014). Functional Analytic Psychotherapy (FAP): Using awareness, courage, love and behaviorism to promote change. In N. Thoma & D. McKay (Ed.), *Engaging emotion in cognitive behavioral therapy: Experiential techniques for promoting lasting change*. (pp. 1–10). New York: Guilford.
- Tsai, M., Kohlenberg, R. J., Kanter, J. W., Kohlenberg, B. S., Follette, W. C., & Callaghan, G. M. (2009). *A guide to functional analytic psychotherapy : awareness, courage, love, and behaviorism*. Springer.
- Vartanian, J. F. (2017). *Efeitos da evocação sobre os comportamentos clinicamente*

relevantes na psicoterapia analítica funcional. Biblioteca Digital de Teses e Dissertações da Universidade de São Paulo, São Paulo.
<https://doi.org/10.11606/D.47.2017.tde-26092017-110243>

Weeks, C. E., Kanter, J. W., Bonow, J. T., Landes, S. J., & Busch, A. M. (2012). Translating the theoretical into practical: A logical framework of functional analytic psychotherapy interactions for research, training, and clinical purposes. *Behavior Modification*, 36(1), 87–119. <https://doi.org/10.1177/0145445511422830>

Apêndice A: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para os clientes

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Nós, Prof.^a Dra.^a Jocelaine Martins da Silveira e Maria Fernanda Monteiro, da Universidade Federal do Paraná, estamos convidando você a participar de um estudo intitulado “**A Evocação de Comportamentos Clinicamente Relevantes: O Uso das Cartas Dixit**”. Aqui, a expressão “evocação de Comportamentos Clinicamente Relevantes” significa a tentativa de fazer com que comportamentos importantes de melhora ocorram com mais frequência na terapia.

a) O objetivo desta pesquisa é avaliar se o uso das cartas de um jogo, chamado Dixit, pode ajudar o terapeuta a fazer com que comportamentos importantes de expressão emocional ocorram com mais frequência durante a terapia

b) Caso você participe da pesquisa, será necessário preencher dois questionários no início (primeiras sessões), meio (após cerca de quatro sessões) e final da pesquisa. Também será necessário frequentar as sessões de psicoterapia semanalmente.

c) Para tanto você deverá comparecer no Centro de Psicologia Aplicada da UFPR (Praça Santos Andrade, 50. Centro, Curitiba) para as sessões de terapia, o que levará aproximadamente cinquenta minutos por sessão.

d) É possível que você experimente algum desconforto, principalmente relacionado a constrangimentos para expressar sentimentos e ideias, ao longo da atividade proposta pela pesquisa.

e) Alguns riscos relacionados ao estudo podem ser constrangimento e/ou desconforto ao realizar a atividade proposta pela pesquisa.

f) Os benefícios esperados com essa pesquisa são ajudar você a expressar seus sentimentos com mais facilidade ao longo das sessões, e que as sessões de terapia sejam mais dinâmicas e significativas para você.

g) A pesquisadora Prof.^a Dr.^a Jocelaine Martins da Silveira, responsável por este estudo, poderá ser localizada na Praça Santos Andrade, 50, sala 218 – Centro, Curitiba- PR. Ela poderá também ser encontrada pelo telefone (41) 3310-2625 e pelo e-mail josilveira2016@gmail.com. A pesquisadora Maria Fernanda Monteiro, também responsável por este estudo, poderá ser localizada na Praça Santos Andrade, 50, sala 218 – Centro, Curitiba- PR. Ela poderá ser encontrada pelo telefone (43) 99604-0016 e pelo e-mail monteiro.mafe@gmail.com. O horário para esclarecer eventuais dúvidas que você possa ter e fornecer-lhe as informações que queira, antes, durante ou depois de encerrado o estudo, é de segunda a sexta-feira das 09:00 às 18:00.

Rubricas

Participante da Pesquisa e/ou Responsável Legal:

Comitê de ética em Pesquisa do Setor de Ciências da Saúde da UFPR
CEP/SD Rua Padre Camargo, 285 – 1º andar – Alto da Glória – Curitiba-PR – CEP:80060-240
cometica.saude@ufpr.br – telefone (041) 3360-7259

Pesquisador Responsável ou quem aplicou o TCLE:

Orientador:

h) A sua participação neste estudo é voluntária e se você não quiser mais fazer parte da pesquisa poderá desistir a qualquer momento e solicitar que lhe devolvam este Termo de Consentimento Livre e Esclarecido assinado. O seu atendimento está garantido e não será interrompido caso você desista de participar.

i) As informações relacionadas ao estudo poderão ser conhecidas por pessoas autorizadas: as duas pesquisadoras, dois transcritores e um categorizador das sessões. No entanto, se qualquer informação for divulgada em relatório ou publicação, isto será feito sob forma codificada, para que **a sua identidade seja preservada e mantida sua confidencialidade**. As sessões serão gravadas, respeitando-se completamente o seu anonimato. Tão logo transcritas e encerrada a pesquisa, o conteúdo será destruído.

j) O material obtido – gravações em áudio das sessões – será utilizado unicamente para essa pesquisa e será destruído ao término do estudo, dentro de um ano.

k) As despesas necessárias para a realização da pesquisa não são de sua responsabilidade e você não receberá qualquer valor em dinheiro pela sua participação.

l) Quando os resultados forem publicados, não aparecerá seu nome, e sim um código.

m) Se você tiver dúvidas sobre seus direitos como participante de pesquisa, você pode contatar também o Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos (CEP/SD) do Setor de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Paraná, pelo telefone 3360-7259. O Comitê de Ética em Pesquisa é um órgão colegiado multi e transdisciplinar, independente, que existe nas instituições que realizam pesquisa envolvendo seres humanos no Brasil e foi criado com o objetivo de proteger os participantes de pesquisa, em sua integridade e dignidade, e assegurar que as pesquisas sejam desenvolvidas dentro de padrões éticos (Resolução nº 466/12 Conselho Nacional de Saúde).

n) Autorizo (), não autorizo (), o uso das gravações de áudio das minhas sessões para fins da pesquisa, sendo seu uso restrito à categorização e análise de seu conteúdo.

Eu, _____ li esse Termo de Consentimento e compreendi a natureza e objetivo do estudo do qual concordei em participar. A explicação que recebi menciona os riscos e benefícios. Eu entendi que sou livre para interromper minha participação a qualquer momento sem justificar minha decisão, sem qualquer prejuízo para mim e sem que esta decisão afete meu atendimento. Fui informado que serei atendido sem custos para mim e que não receberei remuneração financeira por minha participação.

Comitê de ética em Pesquisa do Setor de Ciências da Saúde da UFPR
CEP/SD Rua Padre Camargo, 285 – 1º andar – Alto da Glória – Curitiba-PR – CEP:80060-240
cometica.saude@ufpr.br – telefone (041) 3360-7259

Rubricas

Participante da Pesquisa e/ou Responsável Legal:

Pesquisador Responsável ou quem aplicou o TCLE:

Orientador:

Eu concordo voluntariamente em participar deste estudo.

Curitiba, ____ de _____ de 2019

[Assinatura do Participante de Pesquisa]

Prof.^a Dr.^a Jocelaine Martins da Silveira

Comitê de ética em Pesquisa do Setor de Ciências da Saúde da UFPR
CEP/SD Rua Padre Camargo, 285 – 1º andar – Alto da Glória – Curitiba-PR – CEP:80060-240
cometica.saude@ufpr.br – telefone (041) 3360-7259

Apêndice B: Termo de Compromisso

TERMO DE COMPROMISSO

Você está sendo convidado (a) a colaborar em uma pesquisa que tem por objetivo investigar os efeitos do uso de uma atividade estruturada como forma de evocação sobre a frequência de Comportamentos Clinicamente Relevantes do cliente em uma terapia em andamento. Esta pesquisa será conduzida pela pesquisadora Maria Fernanda Monteiro, para o desenvolvimento de sua dissertação de mestrado, sob orientação da Dra. Jocelaine Martins da Silveira, do programa de Pós-Graduação em Psicologia – Mestrado, da Universidade Federal do Paraná. A pesquisadora poderá ser contatada pelo telefone (41) 98901-2917, de segunda a sexta-feira das 09h às 20h ou pelo e-mail monteiro.mafe@gmail.com para esclarecimento de eventuais dúvidas a respeito desta pesquisa. A orientadora desta pesquisa pode ser contatada pelo telefone (41) 99875-9089 ou pelo e-mail josilveira2016@gmail.com de segunda a sexta-feira das 8h às 18h. Você ainda pode nos encontrar no endereço Praça Santos Andrade, 50, 2º andar, Curitiba – PR.

Sua participação consiste na transcrição () OU categorização () de sessões de terapia de um cliente adulto, sendo de extrema importância para a realização deste estudo, devendo ser cumprida até o fim da fase de transcrições ou categorizações, que deverá durar aproximadamente três meses e meio. É importante que durante a pesquisa você mantenha atitudes éticas em relação à diáde terapêutica cujas sessões estejam sendo transcritas ou categorizadas por você. Sua participação na pesquisa implica em manter em segurança e sigilo os dados transcritos ou categorizados por você, devendo ser repassados à pesquisadora sem que você mantenha cópias dos mesmos.

Não haverá qualquer remuneração pela sua participação nesta pesquisa, no entanto, você será beneficiado (a) com horas de pesquisa. É importante destacar que sua participação na pesquisa não lhe acarretará qualquer risco sendo que sua identidade será preservada. Asseguramos que o tratamento dos dados será realizado dentro dos princípios éticos que regem os procedimentos em pesquisa e a profissão do Psicólogo. Antecipadamente agradecemos a sua valorosa colaboração que contribuirá para o desenvolvimento do conhecimento nesta área e sem a qual este estudo não poderia ser realizado.

Eu, _____, RG nº _____ declaro que estou ciente da natureza e objetivos do estudo do qual fui convidado (a) a ser colaborador (a). Concordo em colaborar voluntariamente com esta pesquisa e me comprometo a transcrever () ou () categorizar os dados coletados até o fim desta pesquisa, bem como em manter postura ética em relação aos participantes da pesquisa e aos dados coletados.

Assinatura

Curitiba, _____ de _____ de 2019.

Maria Fernanda Monteiro

Pesquisadora responsável

Apêndice C: Roteiro de treino com a terapeuta da pesquisa

Orientações gerais durante a sessão:

- Aplicar OQ-45 ao início de todas as sessões
- Garantir funcionamento da câmera
- Aplicar FIAT-Q, WAI e IHS ao início da primeira sessão de cada fase e *follow-up*

Orientações gerais após a sessão:

- Registrar eventos importantes ocorridos extra-sessão (ex.: término ou início de relacionamento, mudança de casa, adoecimento, etc.). Esses eventos podem ser relevantes para a interpretação da ocorrência de CRBs e escores dos instrumentos.
- Fotografar cartas do *Dixit*® escolhidas pelos clientes nas fases BC

Orientações para a fase A

- Foco em discussões sobre comportamentos do cliente ocorridos fora do contexto terapêutico, análise de contingências externas.
- Evitar a evocação de comportamentos clinicamente relevantes.
- Se possível, evitar o responder contingente a comportamentos clinicamente relevantes, respeitando os aspectos éticos. (?)
- Levantar dados relevantes para a Ficha de Conceituação de Caso dos clientes.

Orientações para a Fase B

- Apresentar ao cliente a Psicoterapia Analítica Funcional. Utilizar como base o “*FAP Rap*” (Tsai et al., 2009)

- Aplicar sistematicamente a interação lógica da FAP. (Orientações práticas serão fornecidas no treinamento com prof. Jocelaine). Tabela abaixo extraída e traduzida de Weeks, Kanter, Bonow, Landes, & Busch (2012).

Regra	Passos
Regra 1	1. Terapeuta provê um paralelo de fora para dentro da sessão 2. Cliente confirma a precisão do paralelo
Regra 2	3. Terapeuta evoca CRB 4. Cliente se engaja em um CRB1
Regra 3	5. Terapeuta responde contingentemente ao CRB1 6. Cliente se engaja em um CRB2 7. Terapeuta responde contingentemente ao CRB2 8. Cliente se engaja em mais CRB2
Regra 4	9. Terapeuta pergunta sobre o efeito de sua resposta sobre o cliente 10. Cliente se engaja em mais CRB2
Regra 5	11. Terapeuta descreve um paralelo de dentro para fora da sessão e propõe uma tarefa baseada nessa interação 12. Cliente expressa disposição em fazer a tarefa de casa fora da sessão

- Exemplos de evocação direta:
 1. Quando cliente e terapeuta estão conversando sobre eventos ocorridos fora da sessão e a terapeuta “traz a conversa” para a relação terapêutica. Isso pode ocorrer com relatos de fora da sessão (CPR), relatos de problemas ou melhoras fora da sessão (O2), etc.
Exemplos: *“Pelo seu relato, você gostaria de ter falado que estava incomodado naquela situação, mas não o fez. Isso acontece aqui também?”*; *“Tem alguma situação aqui comigo que você gostaria de expressar esse incômodo?”*
 2. Quando a terapeuta explicitamente solicita a emissão de CRBs. Exemplo: *“Um objetivo dessa terapia é que você consiga falar mais sobre coisas que te incomodam. Você pode fazer isso agora, aqui comigo?”*
- **Atividade prática:** considerando as conceituações de caso de George e Alice, quais contextos externos podem ser aplicados para a relação terapêutica?

Orientações para a fase BC

- O que é evocar CRBs por meio das cartas?

1. Fazer paralelos entre as situações ocorridas em contextos fora e dentro da sessão terapêutica por meio das cartas. Exemplos: pedir que o cliente escolha cartas que representem como ele se sente em situações externas à terapia, e fazer paralelos com comportamentos ocorridos no contexto da relação terapêutica.
 2. Fazer paralelos entre as cartas escolhidas e a relação terapêutica. Exemplos: pedir que o cliente escolha cartas que representem como se sente em relação ao próprio processo terapêutico, ou como se sentiu em determinada situação dentro da terapia.
- **Atividade prática:** observar trecho ilustrativo de sessão abaixo, contendo exemplo de interação lógica da FAP. Considerando os casos de George e Alice, como ocorreriam outros exemplos de interação? Quais CRB1 e CRB2 são esperados para cada cliente?

- *Por que você escolheu essa carta? Como ela te representa? (ERB Carta)*

- *Não sei... achei a carta bonita (CRB1)*

- *Olhando para os elementos dessa carta, eles te parecem aleatórios? Teria mais algum motivo para a escolha dessa carta? (ERB + TRB1)*

- *Gostei do desenho dela, da personagem. (CRB1)*

- *Lembrando dos relatos que você me contou hoje, eles me parecem com a situação dessa carta. A personagem parece presa... o que você acha? (ERB)*

- *Sim... acho que é isso. Parece que eu fico presa quando entro nesses conflitos (CRB2)*

Anexo A: Termo de Autorização do uso de Imagem e do Nome *Dixit*®



UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ
Setor de Ciências Humanas
Programa de Pós-Graduação em Psicologia
MESTRADO EM PSICOLOGIA

TERMO DE AUTORIZAÇÃO DE USO GERAL DE IMAGEM E NOME

Eu, THIAGO BARROS BRITO,
portador(a) da Cédula de Identidade RG/RNE nº [REDACTED],
inscrito(a) no CPF sob o nº [REDACTED], representante legal da empresa
 GALÁPAGOS JOGOS , razão social ILHAS GALÁPAGOS LTDA, nome
fantasia [REDACTED], autorizo Maria Fernanda Monteiro, RG:
[REDACTED], CPF: [REDACTED], aluna do Programa de Pós-Graduação em Psicologia pela
Universidade Federal do Paraná, sob o número de matrícula 40001016067P0, a utilizar o jogo
"Dixit" em sua pesquisa. A pesquisadora também está autorizada a utilizar as imagens das
cartas, citar o nome do jogo, suas características e o da empresa "Galápagos Jogos" em sua
pesquisa de Dissertação de Mestrado, a fim de avaliar o potencial do jogo como ferramenta
terapêutica. A utilização do nome "Dixit" e das informações e imagens das cartas do jogo será
permitida para fins acadêmicos, relacionados à dissertação de Mestrado, podendo constar no
título e corpo do texto da Dissertação, bem como em materiais apresentados pela
pesquisadora em eventos e congressos científicos, como em apresentações de painéis e slides.
Declara a pesquisadora que o nome "Dixit", bem como qualquer referência ao jogo, imagens e
à empresa "Galápagos Jogos", não serão utilizados para fins comerciais ou publicitários, sendo
de caráter espontâneo e gratuito para ambas as partes.

25 de abril de 20 18.

Maria Fernanda Monteiro

Maria Fernanda Monteiro

PESQUISADORA

CPF: [REDACTED]

[Signature]

CONCEDENTE – Galápagos Jogos

CNPJ: 15.605-065/0001-38

Anexo B: Ficha de Conceituação de Caso FAP (Tsai et al., 2009)

História relevante do cliente:

Problemas da vida diária:

Variáveis mantenedoras dos problemas:

Pontos positivos e pontos fortes:

CRB1s (comportamentos problemáticos que ocorrem em sessão):

CRB2s (comportamentos alvo de melhora em sessão):

Objetivos na vida diária:

Objetivos na terapia:

Intervenções planejadas:

T1s (comportamentos problemáticos do terapeuta em sessão):

T2s (comportamentos alvo de melhora do terapeuta em sessão):

Anexo C: *Functional Idiographic Assessment Template* - FIAT-Q (Callaghan, 2006)

FIAT – Q
Questionário de Relacionamentos Interpessoais

Esse questionário te pedirá para responder a algumas afirmações. É necessário que você leia cada afirmação cuidadosamente e, então, pense se a ela se aplica a você ou se não se aplica. Circule o número que melhor descreve o quanto você concorda com a afirmação.

CLASSE A: ASSERTÇÃO DE NECESSIDADES (IDENTIFICAÇÃO E EXPRESSÃO)
--

Para as seguintes afirmações, o termo “necessidades” é utilizado para representar qualquer coisa que você queira, incluindo fazer pedidos por suporte social, ou outras necessidades que você tenha que sejam mais práticas.

	Fortemente Moderadamente Levemente			Levemente Moderadamente Fortemente		
	Discordo			Concordo		
1. Eu tenho dificuldades em ter minhas necessidades atendidas.	1	2	3	4	5	6
2. Eu tenho minhas necessidades atendidas no instante em que peço a outros.	6	5	4	3	2	1
3. Eu sei quando preciso de ajuda ou suporte de outras pessoas.	6	5	4	3	2	1
4. Eu me dou conta de que precisava de ajuda em determinada situação <i>após</i> a situação já ter passado.	1	2	3	4	5	6
5. Não sei como expressar minhas necessidades em palavras.	1	2	3	4	5	6
6. Sou capaz de identificar o tipo de ajuda ou suporte social que necessito de outras pessoas.	6	5	4	3	2	1
7. Tenho dificuldades em identificar quando posso pedir algo à outra pessoa.	1	2	3	4	5	6
8. Quando preciso de algo, peço imediatamente.	6	5	4	3	2	1
9. Sou capaz de identificar as pessoas que estão dispostas e podem me ajudar com minhas necessidades.	6	5	4	3	2	1
10. Quando precisar de ajuda ou suporte social, pedirei a um amigo próximo ou membro da minha família.	6	5	4	3	2	1
11. Pedirei conselhos sobre uma situação pessoal a um desconhecido ou um conhecido distante.	1	2	3	4	5	6
12. Evito pedir às pessoas ajuda para atender minhas necessidades.	1	2	3	4	5	6
13. Começo a pedir algo a alguém e, então, retiro meu pedido.	1	2	3	4	5	6

CALLAGHAN, G. M. (2006). The Functional Idiographic Assessment Template (FIAT) System. *The Behavior Analyst Today*, 7 (3), pp. 357-398. Traduzido por Oshiro, C. K. B.; Assaz, D. A.; Vartanian, J. F.; Aranha, A. S.; Silva, E. F. & Lima, G. O. (2018). Sistema modelo de avaliação funcional e ideográfica (FIAT).

14. Fico disposto a aceitar ajuda de alguém uma vez que a pessoa concordou em me ajudar.	6	5	4	3	2	1
15. Quando alguém percebe que preciso de ajuda, nego que preciso.	1	2	3	4	5	6
16. As pessoas não respondem quando peço por ajuda ou suporte social.	1	2	3	4	5	6
17. Eu expesso minhas necessidades sutilmente, por exemplo, dando a entender o que preciso.	1	2	3	4	5	6
18. Quando peço por ajuda, as pessoas entendem o que preciso.	6	5	4	3	2	1
19. Em um relacionamento, eu forneço bastante suporte emocional, mas não recebo muito da outra pessoa.	1	2	3	4	5	6
20. As pessoas me dizem que peço por coisas muito frequentemente.	1	2	3	4	5	6
21. As pessoas não gostam da forma como peço pelas coisas.	1	2	3	4	5	6

CLASSE B: COMUNICAÇÃO BIDIRECIONAL (IMPACTO E *FEEDBACK*)

Essas afirmações descrevem como você impacta ou afeta outras pessoas, como você dá e recebe *feedback*. *Feedback* se refere a respostas e reações ao seu comportamento ou ao comportamento de outros. *Feedback* não é apenas informação emitida em avaliações formais (por exemplo, em um ambiente de trabalho), é a informação de outros que nos permite saber como nós estamos nos saindo. Pode ser verbal (expressado em palavras) ou não-verbal (ex.: expressões faciais).

	Fortemente	Moderadamente	Levemente	Levemente	Moderadamente	Fortemente
	Discordo			Concordo		
1. Eu tenho problemas para receber <i>feedback</i> de outras pessoas.	1	2	3	4	5	6
2. Eu tenho problemas em dar <i>feedback</i> para outras pessoas.	1	2	3	4	5	6
3. É difícil para eu identificar quando as pessoas estão me dando <i>feedback</i> sobre meu comportamento.	1	2	3	4	5	6
4. Quando eu estou interagindo com outra pessoa, eu não tenho certeza de como eu estou afetando ela.	1	2	3	4	5	6
5. Eu sei quando estou causando um impacto desagradável nos outros.	6	5	4	3	2	1
6. O <i>feedback</i> que recebo dos outros parece correto para mim.	6	4	2	2	4	6

CALLAGHAN, G. M. (2006). The Functional Idiographic Assessment Template (FIAT) System. *The Behavior Analyst Today*, 7 (3), pp. 357-398. Traduzido por Oshiro, C. K. B.; Assaz, D. A.; Vartanian, J. F.; Aranha, A. S.; Silva, E. F. & Lima, G. O. (2018). Sistema modelo de avaliação funcional e ideográfica (FIAT).

7. Eu considero cuidadosamente a fonte do <i>feedback</i> antes de mudar meu comportamento.	6	5	4	3	2	1
8. Eu sou apto para identificar situações onde é construtivo fornecer <i>feedback</i> para outra pessoa.	6	5	4	3	2	1
9. Eu evito situações onde eu poderia receber <i>feedback</i> . Exemplo: falando em sala de aula ou em uma reunião.	1	2	3	4	5	6
10. Se eu não estou seguro do impacto que eu estou tendo em um amigo próximo, eu peço a este amigo para me dar um <i>feedback</i> .	6	5	4	3	2	1
11. Quando alguém está me dando um <i>feedback</i> negativo, eu “desligo”/paraliso.	1	2	3	4	5	6
12. Eu sou excessivamente atento ao impacto que eu tenho sobre os outros.	1	2	3	4	5	6
13. Eu fico magoado ou chateado facilmente quando recebo <i>feedback</i> negativo.	1	2	3	4	5	6
14. Independentemente de o <i>feedback</i> ser positivo ou negativo, eu não sei como reagir a ele.	1	2	3	4	5	6
15. Eu mudo meu comportamento em resposta ao <i>feedback</i> que recebo.	6	4	2	2	4	6
16. Se alguém me dá um <i>feedback</i> , eu acredito que é um problema dessa pessoa, não meu problema.	1	2	3	4	5	6
17. Quando eu percebo que estou causando um impacto desagradável em alguém, eu tento ignorar o desconforto dessa pessoa.	1	2	3	4	5	6
18. Se alguém me apresenta um <i>feedback</i> que eu não gosto, eu faço o oposto do que a pessoa quer.	1	2	3	4	5	6
19. Quando as pessoas me dão um <i>feedback</i> não favorável, eu discuto com eles.	1	2	3	4	5	6
20. Eu não forneço <i>feedback</i> à outra pessoa se ela está causando um impacto desagradável em mim.	1	2	3	4	5	6
21. Quando eu digo para as pessoas que seu comportamento está causando um efeito negativo em mim, elas não mudam o que estão fazendo.	1	2	3	4	5	6
22. Disseram-me que o <i>feedback</i> que eu dou é excessivo e muito detalhado.	1	2	3	4	5	6
23. Quando forneço <i>feedback</i> para os outros, o faço de uma maneira breve e específica.	6	5	4	3	2	1
24. Disseram-me que quando eu forneço <i>feedback</i> , eu sou muito crítico com a outra pessoa.	1	2	3	4	5	6
25. Quando eu dou <i>feedback</i> , eu repito diversas vezes minha posição.	1	2	3	4	5	6

CLASSE C: CONFLITO

Essas afirmações descrevem como você identifica e lida com conflitos que ocorrem entre você e outra pessoa. Aqui, conflito se refere a discordâncias ou interações

CALLAGHAN, G. M. (2006). The Functional Idiographic Assessment Template (FIAT) System. *The Behavior Analyst Today*, 7 (3), pp. 357-398. Traduzido por Oshiro, C. K. B.; Assaz, D. A.; Vartanian, J. F.; Aranha, A. S.; Silva, E. F. & Lima, G. O. (2018). Sistema modelo de avaliação funcional e ideográfica (FIAT).

desconfortáveis com alguém. Embora o conflito possa vir, às vezes, antes da violência, as afirmações a seguir não se referem à violência. É muito importante evitar ou parar interações violentas com outros.

	Fortemente	Moderadamente	Levemente	Levemente	Moderadamente	Fortemente
	Discordo			Concordo		
1. Eu tenho problemas com conflito em meus relacionamentos.	1	2	3	4	5	6
2. Eu me sinto desconfortável ao sentir (experimentar) desacordo com outra pessoa.	1	2	3	4	5	6
3. Tenho consciência quando existe um conflito entre mim e outra pessoa.	6	5	4	3	2	1
4. Quando outra pessoa está com raiva de mim, eu não entendo o problema entre nós.	1	2	3	4	5	6
5. Eu sinto que há momentos onde é benéfico expressar discordância em um relacionamento.	6	5	4	3	2	1
6. Eu entro em conflitos com os outros sobre coisas que parecem não importar para eles.	1	2	3	4	5	6
7. As pessoas dizem que eu quero discutir conflitos em momentos inconvenientes ou inapropriados.	1	2	3	4	5	6
8. Eu me engajo em conflitos com outra pessoa sem considerar quem ela é.	1	2	3	4	5	6
9. Eu evito conflitos a todo custo.	1	2	3	4	5	6
10. Para evitar um conflito, eu tento antecipar o que a outra pessoa quer que eu faça.	1	2	3	4	5	6
11. Eu me <u>afasto</u> de um conflito, independente das circunstâncias.	1	2	3	4	5	6
12. Depois de me expressar uma discordância em relação à outra pessoa, eu peço desculpas imediatamente por ter levantado o problema.	1	2	3	4	5	6
13. Quando eu estou tendo um conflito com outra pessoa, eu pergunto o que <u>eu</u> posso fazer para melhorar as coisas entre nós.	6	4	2	2	4	6
14. Eu tenho sucesso em resolver conflitos com os outros.	6	5	4	3	2	1
15. Quando eu tenho uma discordância com outra pessoa, eu explico repetidamente porque eu acho que estou certo.	1	2	3	4	5	6
16. Durante uma discussão, eu sou cuidadoso para evitar ferir os sentimentos da outra pessoa.	6	4	2	2	4	6
17. Eu abordo soluções para o conflito diretamente, comunicando claramente o que pode ser feito para resolver nossas diferenças.	6	5	4	3	2	1

CALLAGHAN, G. M. (2006). The Functional Idiographic Assessment Template (FIAT) System. *The Behavior Analyst Today*, 7 (3), pp. 357-398. Traduzido por Oshiro, C. K. B.; Assaz, D. A.; Vartanian, J. F.; Aranha, A. S.; Silva, E. F. & Lima, G. O. (2018). Sistema modelo de avaliação funcional e ideográfica (FIAT).

18. Eu expresso indiretamente a raiva, por exemplo, não conversando com a outra pessoa.	1	2	3	4	5	6
19. As pessoas dizem que eu não estou disposto a ceder quando existe um conflito.	1	2	3	4	5	6
20. Quando eu estou discutindo com alguém, a discussão dura um longo período.	1	2	3	4	5	6
21. Durante uma discussão eu me sinto mais ligado e próximo a outra pessoa.	1	2	3	4	5	6
22. Quando estou discutindo com alguém, o argumento torna-se mais intenso à medida que o tempo passa.	1	2	3	4	5	6
23. Durante uma discussão eu chateio (magoo) a outra pessoa propositalmente.	1	2	3	4	5	6

CLASSE D: AUTORREVELAÇÃO E INTIMIDADE

Essas afirmações descrevem possíveis maneiras de conversar sobre si mesmo ou sobre suas experiências, além de como você se sente em relação à intimidade interpessoal. Intimidade interpessoal simplesmente se refere a “estar conectado a”, “próximo de” ou “ter boa amizade com” outra pessoa. Esse tipo de proximidade pode ocorrer com amigos, familiares ou parceiros românticos, mas geralmente não ocorre com conhecidos, como vizinhos e colegas de classe que você encontra raramente. Relações íntimas são aquelas que envolvem contar ao outro como estamos nos sentindo, sermos compreendidos pelo outro e de apreciarmos outra pessoa e suas necessidades.

	Fortemente	Moderadamente	Levemente	Levemente	Moderadamente	Fortemente
	Discordo			Concordo		
1. Eu tenho problemas em me aproximar dos outros	1	2	3	4	5	6
2. Eu já tive uma ou mais relações íntimas	6	5	4	3	2	1
3. Eu não consigo identificar quando seria benéfico para eu compartilhar minhas experiências com outra pessoa	1	2	3	4	5	6
4. Eu consigo perceber quando é apropriado perguntar a outras pessoas sobre suas experiências	6	5	4	3	2	1
5. Eu compartilho informações pessoais com pessoas desconhecidas ou com quem não tenho muita familiaridade	1	2	3	4	5	6
6. Eu apenas falo sobre mim e minhas experiências com um grupo pequeno e seletivo de pessoas	1	2	3	4	5	6
7. Quando meus amigos me perguntam como eu estou, eu escolho não contar a eles	1	2	3	4	5	6
8. Eu sinto que preciso guardar segredos de pessoas próximas a mim	1	2	3	4	5	6

CALLAGHAN, G. M. (2006). The Functional Idiographic Assessment Template (FIAT) System. *The Behavior Analyst Today*, 7 (3), pp. 357-398. Traduzido por Oshiro, C. K. B.; Assaz, D. A.; Vartanian, J. F.; Aranha, A. S.; Silva, E. F. & Lima, G. O. (2018). Sistema modelo de avaliação funcional e ideográfica (FIAT).

9. Eu converso sobre mim e minhas experiências com outras pessoas	6	5	4	3	2	1
10. Eu sinto que é melhor <u>não</u> conversar sobre minhas experiências com outras pessoas	1	2	3	4	5	6
11. Eu começo a falar sobre o que está acontecendo comigo e então decido guardar meus sentimentos para mim	1	2	3	4	5	6
12. Eu já contei para pessoas sobre meus problemas e depois me arrependi	1	2	3	4	5	6
13. Relações íntimas são importantes para mim	6	5	4	3	2	1
14. Eu não quero compartilhar coisas sobre mim com outras pessoas	1	2	3	4	5	6
15. Eu pergunto a outras pessoas sobre seus sentimentos e experiências	6	5	4	3	2	1
16. Eu tenho dificuldade em conversar com outras pessoas	1	2	3	4	5	6
17. Quando eu falo sobre minhas experiências as pessoas entendem claramente o que estou lhes contando	6	5	4	3	2	1
18. Depois que eu compartilho algo pessoal, eu diminuo a importância do que acabei de falar	1	2	3	4	5	6
19. Eu exagero minhas qualidades e conto vantagem sobre minhas habilidades	1	2	3	4	5	6
20. As pessoas me dizem que eu falo sobre mim mesmo de um modo que minimiza minhas qualidades	1	2	3	4	5	6
21. As pessoas me dizem que eu falo muito sobre mim	1	2	3	4	5	6
22. As pessoas me dizem que, quando eu falo sobre minha experiência, eu compartilho informações muito pessoais	1	2	3	4	5	6
23. Eu escuto e apoio outras pessoas	6	5	4	3	2	1
24. As pessoas me dizem que eu demando muito apoio emocional em relacionamentos, mas ofereço muito pouco apoio à outra pessoa	1	2	3	4	5	6

CLASSE E: EXPRESSÃO E EXPERIÊNCIA EMOCIONAL

As afirmações a seguir descrevem como você identifica e expressa seus sentimentos. O termo "experiência emocional" inclui todos os tipos de emoções e sentimentos que você tem, não só os sentimentos "negativos" como tristeza ansiedade, solidão etc. Esses sentimentos também incluem amor, orgulho, alegria, humor etc. Sentimentos podem ocorrer no momento em que você experimenta eventos ou interações ou podem ocorrer mais tarde, quando você se lembra de algo.

CALLAGHAN, G. M. (2006). The Functional Idiographic Assessment Template (FIAT) System. *The Behavior Analyst Today*, 7 (3), pp. 357-398. Traduzido por Oshiro, C. K. B.; Assaz, D. A.; Vartanian, J. F.; Aranha, A. S.; Silva, E. F. & Lima, G. O. (2018). Sistema modelo de avaliação funcional e ideográfica (FIAT).

	Fortemente	Moderadamente	Levemente	Levemente	Moderadamente	Fortemente
	Discordo			Concordo		
1. Eu tenho problemas com minhas emoções.	1	2	3	4	5	6
2. Eu tenho problemas em identificar o que estou sentindo.	1	2	3	4	5	6
3. Eu tenho consciência dos meus sentimentos e experiências emocionais enquanto eles ocorrem.						
4. Eu não noto minhas emoções durante uma experiência, mas tomo consciência delas quando penso no evento que já passou.	1	2	3	4	5	6
5. Eu consigo diferenciar entre uma emoção e outra.	6	5	4	3	2	1
6. Minhas respostas emocionais fazem sentido pra mim quando eu considero as circunstâncias.	6	5	4	3	2	1
7. Eu expesso minhas emoções no momento e local apropriados.	6	5	4	3	2	1
8. Eu falo sobre meus sentimentos em qualquer situação.	1	2	3	4	5	6
9. Eu escondo intencionalmente meus sentimentos.	1	2	3	4	5	6
10. Eu tento não sentir certas emoções.	1	2	3	4	5	6
11. Eu evito situações que podem trazer a tona sentimentos intensos.	1	2	3	4	5	6
12. Eu me permito sentir todas as emoções, mesmo as mais intensas.	6	5	4	3	2	1
13. Quando eu sinto uma emoção desagradável eu tomo uma ação imediata para parar de sentir isso.	1	2	3	4	5	6
14. Eu sou capaz de nomear o que estou sentindo.						
15. Eu digo para as pessoas que estou sentindo uma coisa, quando na verdade estou sentindo outra.	1	2	3	4	5	6
16. As pessoas me dizem que minha expressão emocional é superficial (ou chata).	1	2	3	4	5	6
17. Quando eu falo sobre como eu estou me sentindo, eu uso as mesmas poucas palavras para descrever meus sentimentos.	1	2	3	4	5	6
18. As pessoas falam para mim que elas querem que eu expresse meus sentimentos mais abertamente.	1	2	3	4	5	6
19. Quando eu compartilho meus sentimentos com outras pessoas, elas não reagem da forma como eu espero.	1	2	3	4	5	6
20. Eu comunico claramente minhas emoções para as pessoas, para que elas saibam exatamente como eu me sinto.	6	5	4	3	2	1
21. As pessoas dizem que eu falo demais sobre meus sentimentos.	1	2	3	4	5	6

CALLAGHAN, G. M. (2006). The Functional Idiographic Assessment Template (FIAT) System. *The Behavior Analyst Today*, 7 (3), pp. 357-398. Traduzido por Oshiro, C. K. B.; Assaz, D. A.; Vartanian, J. F.; Aranha, A. S.; Silva, E. F. & Lima, G. O. (2018). Sistema modelo de avaliação funcional e ideográfica (FIAT).

22. Eu expresso minhas emoções de uma maneira excessivamente intensa.	1	2	3	4	5	6
23. As pessoas não gostam quando eu falo sobre meus sentimentos.	1	2	3	4	5	6
24. As pessoas se incomodam com a maneira que eu expresso minhas emoções.	1	2	3	4	5	6

CALLAGHAN, G. M. (2006). The Functional Idiographic Assessment Template (FIAT) System. *The Behavior Analyst Today*, 7 (3), pp. 357-398. Traduzido por Oshiro, C. K. B.; Assaz, D. A.; Vartanian, J. F.; Aranha, A. S.; Silva, E. F. & Lima, G. O. (2018). Sistema modelo de avaliação funcional e ideográfica (FIAT).

Anexo D: Outcome Questionnaire – OQ-45 (Carvalho & Rocha, 2009)

OQ-45.2

(Lambert & Burlingame, 1996)
Versão autorizada para investigação

Instruções: Para nos ajudar a compreender como você tem se sentido, considere a última semana, incluindo o dia de hoje. Leia atentamente cada pergunta e assinale com um “X” a categoria que melhor descreve o seu estado atual. **Lembre-se:** Neste questionário, “trabalho” é definido como emprego, escola, trabalho doméstico, trabalho voluntário, etc. Por favor responda a todas as questões.

	Nunca	Raramente	Às vezes	Freqüentemente	Sempre
1. Eu me dou bem com os outros.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Eu me canso depressa.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Eu não tenho interesse pelas coisas.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Eu me sinto estressado no trabalho.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Eu me culpo pelas coisas.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Eu me sinto irritado.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Eu me sinto infeliz no meu casamento ou relacionamento importante.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Eu tenho pensamentos sobre acabar com minha vida.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Eu me sinto fraco.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Eu me sinto assustado/com medo.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Depois de beber bebidas alcoólicas, preciso beber bebidas alcoólicas na manhã seguinte para começar o dia. (se não bebe marque nunca)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Eu acho meu trabalho satisfatório.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Eu sou uma pessoa feliz.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Eu trabalho muito.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Eu me sinto sem valor.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Eu estou preocupado com problemas familiares.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Eu tenho uma vida sexual insatisfatória.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. Eu me sinto sozinho.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. Eu discuto com freqüência.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. Eu me sinto amado e querido.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21. Eu aproveito o meu tempo livre.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22. Eu tenho dificuldade em me concentrar.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23. Eu me sinto sem esperanças sobre o futuro.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24. Eu gosto de mim.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25. Surgem pensamentos perturbadores na minha cabeça dos quais não consigo me livrar.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

v.s.f.--»

Traduzido e Adaptado por P.P. Machado, B.C. Machado & J.M. Klein (2002)

Código: _____

Lembre-se: Neste questionário, “trabalho” é definido como emprego, escola, trabalho doméstico, trabalho voluntário, etc.

	Nunca	Raramente	As vezes	Freqüentemente	Sempre
26. Fico incomodado com pessoas que criticam o meu consumo de álcool (ou uso de drogas). (se não se aplicar marque nunca)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
27. Eu tenho problemas de estômago.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
28. Não tenho trabalhado tão bem quanto antes.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
29. O meu coração bate de maneira acelerada.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
30. Eu tenho problemas em relacionar-me com amigos e colegas próximos.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
31. Eu estou satisfeito com a minha vida.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
32. Eu tenho problemas no trabalho por consumir álcool ou usar drogas. (Se não se aplicar marque nunca)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
33. Eu sinto que alguma coisa de ruim vai acontecer.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
34. Eu tenho os músculos doloridos.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
35. Eu tenho medo de espaços abertos, de dirigir ou de estar em ônibus, metrô, etc.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
36. Eu me sinto nervoso.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
37. Eu sinto que meus relacionamentos amorosos são satisfatórios e completos.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
38. Eu sinto que não estou fazendo as coisas direito no trabalho.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
39. Eu tenho muitos desentendimentos no trabalho.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
40. Eu sinto que algo não está bem com a minha cabeça.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
41. Eu tenho problemas em adormecer ou continuar dormindo.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
42. Eu me sinto triste.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
43. Eu estou satisfeito com meus relacionamentos com os outros.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
44. Eu sinto raiva suficiente no trabalho para vir a fazer algo de que posso me arrepender.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
45. Eu tenho dores de cabeça.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Anexo E: *Working Alliance Inventory* – WAI (Horvath & Greenberg, 1989)

<h1 style="margin: 0;">Working Alliance Inventory</h1> <p style="margin: 5px 0 0 0;">Form T</p> <p style="margin: 5px 0 0 0;">Instructions</p> <p style="margin: 10px 0 0 0;">On the following pages there are sentences that describe some of the different ways a person might think or feel about his or her client As you read the sentences mentally insert the name of your client in place of _____ in the text.</p> <p style="margin: 10px 0 0 0;">Below each statement inside there is a seven point scale:</p> <table style="width: 100%; text-align: center; border-top: 1px solid black; border-bottom: 1px solid black;"> <tr> <td style="width: 14.28%;">1</td> <td style="width: 14.28%;">2</td> <td style="width: 14.28%;">3</td> <td style="width: 14.28%;">4</td> <td style="width: 14.28%;">5</td> <td style="width: 14.28%;">6</td> <td style="width: 14.28%;">7</td> </tr> <tr> <td>Never</td> <td>Rarely</td> <td>Occasionally</td> <td>Sometimes</td> <td>Often</td> <td>Very Often</td> <td>Always</td> </tr> </table> <p style="margin: 10px 0 0 0;">If the statement describes the way you <i>always</i> feel (or think) circle the number 7; if it <i>never</i> applies to you circle the number 1. Use the numbers in between to describe the variations between these extremes.</p> <p style="margin: 20px 0 0 0;"><u>This questionnaire is CONFIDENTIAL; neither your therapist nor the agency will see your answers.</u></p> <p style="margin: 10px 0 0 0;">Work fast, your first impressions are the ones we would like to see. (PLEASE DON'T FORGET TO RESPOND TO <i>EVERY</i> ITEM.)</p> <p style="margin: 10px 0 0 0;">Thank you for your cooperation.</p> <p style="margin: 10px 0 0 0; font-size: small;">© A. O. Horvath, 1981, 1984.</p>							1	2	3	4	5	6	7	Never	Rarely	Occasionally	Sometimes	Often	Very Often	Always
1	2	3	4	5	6	7														
Never	Rarely	Occasionally	Sometimes	Often	Very Often	Always														

1. I feel uncomfortable with _____.	1 Never	2 Rarely	3 Occasionally	4 Sometimes	5 Often	6 Very Often	7 Always
2. _____ and I agree about the steps to be taken to improve his/her situation.	1 Never	2 Rarely	3 Occasionally	4 Sometimes	5 Often	6 Very Often	7 Always
3. I have some concerns about the outcome of these sessions.	1 Never	2 Rarely	3 Occasionally	4 Sometimes	5 Often	6 Very Often	7 Always
4. My client and I both feel confident about the usefulness of our current activity in therapy.	1 Never	2 Rarely	3 Occasionally	4 Sometimes	5 Often	6 Very Often	7 Always
5. I feel I really understand _____.	1 Never	2 Rarely	3 Occasionally	4 Sometimes	5 Often	6 Very Often	7 Always
6. _____ and I have a common perception of her/his goals...	1 Never	2 Rarely	3 Occasionally	4 Sometimes	5 Often	6 Very Often	7 Always
7. _____ finds what we are doing in therapy confusing.	1 Never	2 Rarely	3 Occasionally	4 Sometimes	5 Often	6 Very Often	7 Always
8. I believe _____ likes me.	1 Never	2 Rarely	3 Occasionally	4 Sometimes	5 Often	6 Very Often	7 Always
9. I sense a need to clarify the purpose of our session(s) for _____.	1 Never	2 Rarely	3 Occasionally	4 Sometimes	5 Often	6 Very Often	7 Always
10. I have some disagreements with _____ about the goals of these sessions.	1 Never	2 Rarely	3 Occasionally	4 Sometimes	5 Often	6 Very Often	7 Always
11. I believe the time _____ and I are spending together is not spent efficiently.	1 Never	2 Rarely	3 Occasionally	4 Sometimes	5 Often	6 Very Often	7 Always

12.	I have doubts about what we are trying to accomplish in therapy.	1 Never	2 Rarely	3 Occasionally	4 Sometimes	5 Often	6 Very Often	7 Always
13.	I am clear and explicit about what _____'s responsibilities are in therapy.	1 Never	2 Rarely	3 Occasionally	4 Sometimes	5 Often	6 Very Often	7 Always
14.	The current goals of these sessions are important for _____.	1 Never	2 Rarely	3 Occasionally	4 Sometimes	5 Often	6 Very Often	7 Always
15.	I find what _____ and I are doing in therapy is unrelated to her/his current concerns.	1 Never	2 Rarely	3 Occasionally	4 Sometimes	5 Often	6 Very Often	7 Always
16.	I feel confident that the things we do in therapy will help _____ to accomplish the changes that he/she desires.	1 Never	2 Rarely	3 Occasionally	4 Sometimes	5 Often	6 Very Often	7 Always
17.	I am genuinely concerned for _____'s welfare.	1 Never	2 Rarely	3 Occasionally	4 Sometimes	5 Often	6 Very Often	7 Always
18.	I am clear as to what I expect _____ to do in these sessions.	1 Never	2 Rarely	3 Occasionally	4 Sometimes	5 Often	6 Very Often	7 Always
19.	_____ and I respect each other.	1 Never	2 Rarely	3 Occasionally	4 Sometimes	5 Often	6 Very Often	7 Always
20.	I feel that I am not totally honest about my feelings toward _____.	1 Never	2 Rarely	3 Occasionally	4 Sometimes	5 Often	6 Very Often	7 Always
21.	I am confident in my ability to help _____.	1 Never	2 Rarely	3 Occasionally	4 Sometimes	5 Often	6 Very Often	7 Always
22.	We are working towards mutually agreed upon goals.	1 Never	2 Rarely	3 Occasionally	4 Sometimes	5 Often	6 Very Often	7 Always

23. I appreciate _____ as a person.	1 Never	2 Rarely	3 Occasionally	4 Sometimes	5 Often	6 Very Often	7 Always
24. We agree on what is important for _____ to work on.	1 Never	2 Rarely	3 Occasionally	4 Sometimes	5 Often	6 Very Often	7 Always
25. As a result of these sessions _____ is clearer as to how she/he might be able to change.	1 Never	2 Rarely	3 Occasionally	4 Sometimes	5 Often	6 Very Often	7 Always
26. _____ and I have built a mutual trust.	1 Never	2 Rarely	3 Occasionally	4 Sometimes	5 Often	6 Very Often	7 Always
27. _____ and I have different ideas on what his/her real problems are.	1 Never	2 Rarely	3 Occasionally	4 Sometimes	5 Often	6 Very Often	7 Always
28. Our relationship is important to _____.	1 Never	2 Rarely	3 Occasionally	4 Sometimes	5 Often	6 Very Often	7 Always
29. _____ has some fears that if she/he says or does the wrong things, I will stop working with him/her.	1 Never	2 Rarely	3 Occasionally	4 Sometimes	5 Often	6 Very Often	7 Always
30. _____ and I have collaborated in setting goals for these session(s).	1 Never	2 Rarely	3 Occasionally	4 Sometimes	5 Often	6 Very Often	7 Always
31. _____ is frustrated by what I am asking her/him to do in therapy.	1 Never	2 Rarely	3 Occasionally	4 Sometimes	5 Often	6 Very Often	7 Always
32. We have established a good understanding between us of the kind of changes that would be good for _____.	1 Never	2 Rarely	3 Occasionally	4 Sometimes	5 Often	6 Very Often	7 Always
33. The things that we are doing in therapy don't make much sense to _____.	1 Never	2 Rarely	3 Occasionally	4 Sometimes	5 Often	6 Very Often	7 Always

34.	_____	1	_____	2	_____	3	_____	4	_____	5	_____	6	_____	7
		Never		Rarely		Occasionally		Sometimes		Often		Very Often		Always
35.	_____	1	_____	2	_____	3	_____	4	_____	5	_____	6	_____	7
		Never		Rarely		Occasionally		Sometimes		Often		Very Often		Always
36.	I respect _____	1	_____	2	_____	3	_____	4	_____	5	_____	6	_____	7
		Never		Rarely		Occasionally		Sometimes		Often		Very Often		Always